



الصحة العقلية فى العالم

تأليف : روبرت ديجارليه وآخرون
ترجمة : إيهاب عبد الرحيم محمد

596



"تمثل الصحة العقلية واحدا من التخوم الأخيرة فى مجال تحسين الوضع البشرى. وفى مواجهة الوصم واللامبالاة المتفشيين، يجب أن يتم وضع الصحة العقلية على جدول الأعمال العالمى".

بهذا البيان الصريح يصدر هذا الكتاب دعوة للعمل موجهة لكل الأفراد والمجتمعات والحكومات والهيئات الدولية لاتخاذ الخطوات اللازمة لكبح الأعباء الشخصية والاجتماعية المتزايدة، والناجمة عن الأمراض العقلية والمشكلات السلوكية فى جميع أنحاء العالم.

والعالم فى البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء، تتسبب الأمراض العقلية والسلوكيات المدمرة للصحة فى قدر هائل من الشقاء البشرى، والذى يظهر جليا فى صورة الضيق واليأس الذى يستشعره الأفراد، والكرب الذى تعانيه عائلاتهم، وفى التكاليف الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن فقد الإنتاجية، والاستخدام المتزايد للخدمات المتعلقة بالصحة والرخاء الاجتماعى. ويتفاقم حجم المأساة نتيجة لكون أغلب مكوناتها قابلة للمنع، لو أننا ألزمنا أنفسنا بتطبيق ما نعلم، وبتعلم ما نجهل، بخصوص سبل الوقاية والعلاج.

تصميم: مروة أحمد

المشروع القومى للترجمة

الصحة العقلية فى العالم

تأليف : روبرت ديجارليه وآخرون

ترجمة : إيهاب عبد الرحيم محمد



المشروع القومى للترجمة
إشراف : جابر عصفور

- العدد : ٥٩٦
- الصحة العقلية فى العالم
- روبرت ديجارليه وآخرون
- إيهاب عبد الرحيم محمد
- الطبعة الأولى ٢٠٠٤

هذه ترجمة كتاب
World Mental Health:
Problems and Priorities in
Low Income Countries
by : Robert Desjarlais
Leon Eisenberg
Byron Good
Arthur Kleinman

شارع الجبلاية بالأوبرا - الجزيرة - القاهرة ت ٧٣٥٢٣٩٦ فاكس ٧٣٥٨٠٨٤

El Gabalaya St., Opera House, El Gezira, Cairo
Tel : 7352396 Fax : 7358084.

المحتويات

شكر وتقدير

هذا الكتاب نتاج جهد بحثى تعاونى استغرق عامين ، قام به أعضاء هيئة التدريس والأساتذة المشاركون فى قسم الطب الاجتماعى بكلية طب جامعة هارفارد. تلقى هذا الجهد البحثى دعما من كل من مؤسسة كارنيجى (Carnegie Foundation) بنيويورك ، ومؤسسة ماك آرثر (MacArthur Foundation) ، ومؤسسة روكفلر (Rockefeller Foundation) ومؤسسة ميلبانك التذكارية (Milbank Memorial F) . ونود أن نوجه شكرنا على وجه الخصوص لكل من ديفيد هامبورج (Hamburg) ودنيس بريجر (Prager) وروبرت لورانس (Lawrence) وجون إيفانز (Evans) ودانييل فوكس (Fox) ، و إيلينا نايتنجيل (Nightingale) ، وذلك من أجل مساهماتهم الشخصية فى تخطيط وتطوير هذا التقرير ، فبدون بصيرتهم واهتمامهم والتزامهم ، لم يكن بالإمكان إتمام هذا التقرير. وتلقت مساهمات آرثر كلينمان (Kleinman) دعما جزئيا من كل من مؤسسة جوجنهايم (Guggenheim Foundation) ومركز الدراسات المتقدمة فى العلوم السلوكية (C.A.S.B.S) ، ومن صندوق المؤسسات للأبحاث النفسانية التابع للمركز ذاته.

كتب الكثير من الباحثين والخبراء أوراق عمل (working papers) وتقارير موجزة كما وجهونا للبحث وقدموا لنا النصح وقرأوا كثيرا من مخططات الأبحاث ، وقاموا بتمحيص افتراضاتنا ، كما شجعونا على المضى قدما فى عملنا. وبدون مساعدتهم ، لم يكن بالإمكان الانتهاء من إعداد الكتاب. ويبلغ عدد هؤلاء من الكثرة بحيث يصعب علينا أن نذكر أسماءهم جميعا هنا. ومن بين عدد أعضاء الهيئة الاستشارية الواحد والثلاثين ، تخطى كثير من الباحثين حدود نداء الواجب فى مساعدتنا على العمل خلال القضايا والمشكلات المطروحة على صفحات التقرير. ونود هنا أن نعبر عن خالص امتناننا لكل من فينا داس (Das) ومامثيلا رامفيل (Ramphele) وفيوليت

كيمانـى (Kimani) ونـومار ألميدا – فيلهو (Almeida - Filho) وخـوليو فرينك (Frenk) و لى شيكيو (Shichuo) وسيرمسرى سانثات (Santhat) وجوليوس ريتشموند -Rich- mond) ؛ وذلك من أجل جهودهم القيمة. وفى مقر منظمة الصحة العالمية بجنيف ، لعب كــل من الزمـلاء التالية أسمـاؤهم دورا حـيويا فى تزويدنا بالبيانات والتبصـرات فيما يتعلق بقضايا الصحة العقلية وإدمان المخدرات ؛ وهم نورمان سارتوريوس (Sartorius) وجـون أورلـى (Orley) ، و م.ج.بـرتـولـوتـى (Bertolote) وجيوفانى دى جيرولامو (Girolamo) وولتر جـولبينات (Gulbinat) وآن يامـادا (Yamada) من قسم الصـحـة العقلية ، وكل من هانز إمبلاد (Emblad) وماريو أرجاندونا (Argandona) من برنامج مكافـحـة إدمان المواد [المخـدرة] تلقـينا المسـاعـدة من كل من فـيلتـون إيرلز(Earls) وستانلى تامبياه (Tambiah) ووليام بيردسلى (Beardslee) على التأمل فى القضـايا المتعلقة بالصـراعات العرقية والصـحة العقلية. ويعتمد الفصل الثالث من الكتاب على المخطط المبدئى الذى كتبه شوبانجى باركر (Parkar) كما بنى الفصل السادس على ورقة العمل المقدمة من ألستير آجر (Ager) ويعتمد الكثير من الإطارات التى تتخلل فصول الكتاب، على الأوراق العلمية والتقارير الموجزة التى أسهم بها كثير من الباحثين . وسـاعدنا ب.د.كولن (Colen) من مكتب العلاقات العامة بكلية طب جامعة هـارفـارد علـى إعادة صياغة بعض أجزاء من المخطوطة الأولية للكتاب ، كما قدمت كاثلين ماتش (Much) من مركز الدراسات المتقدمة فى العلوم السلوكية نصائح تحريرية لجميع فصول الكتاب. وكتبت كل من فرجينيا أنجيل (Angell) وجوليانا إيكونج (Ekong) كثيراً من الإطارات التى تتضمنها فصول الكتاب ، وساعدت كل من إليزابيث دونلى(Dnnelly) وآن سـيمـور (Seymour) فى عـدد من المهام التـحـريرية. ولا يفـوتنا أيضـا أن نتـقـدم بالشكر لكل من فـيكى ويبسـتـر(Webster) وسـوزان جـورسـدوف (Gorsdov) وآن فيتزجيرالد-كلارك (Fitzgerald-Clark) وجوان جليسبى (Gillespie) وبيجى زالفيدار (Zalvidar) وأمبر كرينتيز (Crentez) ، وذلك على مساعدتهم جميعا لنا فى أداء كثير من المهام البحثية والإدارية. وختاما ، نود أن نعبر عن امتناننا لجيفرى هاوس(House) نائب الرئيس وسـوزان هانان (Hannan) مـحـررة شـئـون التنمـية فى مطبـعـة جـامـعـة أكسفورد، وذلك على مساعدتهما ، بالإضافة إلى اثنين من المراجعين المجهولين ، على تقييمهما النقدى للمخطوطة الأولية للتقرير.

مقدمة

لتقرير " الصحة العقلية فى العالم "

" تمثل الصحة العقلية واحدا من التخوم الأخيرة فى مجال تحسين الوضع البشرى. وفى مواجهة الوصم واللامبالاة المتفشيين ، يجب أن يتم وضع الصحة العقلية على جدول الأعمال العالمى. "... بهذا البيان الصريح ، يصدر التقرير التالى دعوة للعمل موجه لكل من الأفراد ، والمجتمعات ، والحكومات، والهيئات الدولية ، لاتخاذ الخطوات اللازمة لكبح الأعباء الشخصية والاجتماعية المتزايدة ، والناجمة عن الأمراض العقلية والمشكلات السلوكية فى جميع أنحاء العالم.

وفى جميع أنحاء العالم فى البلدان المتقدمة وتلك النامية على حد سواء ، تتسبب الأمراض العقلية والسلوكيات المدمرة للصحة فى قدر هائل من الشقاء البشرى ، والذى يظهر جليا فى صورة الضيق واليأس الذى يستشعره الأفراد ، والكرب (anguish) الذى تعانيه عائلاتهم ، وفى التكاليف الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن فقد الإنتاجية ، والاستخدام المتزايد للخدمات المتعلقة بالصحة والرخاء الاجتماعى. ويتفاقم حجم المأساة نتيجة لكون أغلب مكوناتها قابلة للمنع ، لو أننا ألزمنا أنفسنا بتطبيق ما نعلم ، ويتعلم ما نجهل ، بخصوص سبل الوقاية والعلاج.

وحتى أولئك الذين يعترفون بأهمية المرض العقلى ، من ناحية الصحة العامة ، فى الأمم الصناعية ، يعتبرون فى أغلب الأحيان أن المشكلة غير ذات أهمية نسبيا بالنسبة لبلدان العالم النامى ، حيث الوضع الصحى عموما أسوأ بكثير. وتوضح المعلومات التى تم تلخيصها فى هذا التقرير مدى خطأ هذا الموقف : فما لم نتحرك الآن ،

فإن المكاسب غير المسبوقة التى تحققت على مدى العقود الأربعة الماضية فى مجالات وفيات الأطفال (child mortality) وتحسين الصحة البدنية ، وزيادة معدلات العمر المتوقعة ، فى جميع أنحاء العالم ، ستتعرض للفقد بفعل النمو المتزايد فى حجم المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية والسلوكية.

ومن بين أكبر العوائق التى تحول دون تحقيق التقدم ، نجد الميل لتنميط (catego- rize) وعنونة (label) هذه المشكلات بطرق تعوق أكثر سبل العمل فعالية والتى يقوم بها أنسب الفاعلين : (actors) فنحن نعرف الفصام (schizophrenia) والاكتئاب (depression) علــى أنهمـا من الأمـراض العقليـة ، لكننا نصم بالعـار(stigmatize) أولئك الأفراد الذين يعانون من أيهما ، ونفشل فى التعرف على قابليتهما للعلاج ، وننظر لمدمنى الكحول (الكحوليين : alcoholics) على أنهم مرضى ، ومع ذلك فنحن نعتبر مدمنى الهيروين والكوكايين مجرمين ، ونـعرف العنف الموجه ضد النساء (إذا اعترفنا بوجوده أصلا) على أنه من بين القضايا المتعلقة "بالعدالة الجنائية" (criminal justice) ، وننظر إلى اللاجئين ، الذين يقدر تعدادهم بالملايين ، كمشكلة " سياسية " ونحيط علما بالتدمير البدنى (physical destruction) المرتبط بالكوارث الطبيعية ، لكننا نفشل فى رؤية الحجم الهائل للأذى النفسى الذى تسببه تلك الكوارث ؛ كما تفصل خدماتنا الطبية بين المشكلات البدنية وبين تلك العقلية إذا لم يتزامن حدوثهما فى نفس الأشخاص ، وذلك كما لو كان من السهل التفريق بينهما. وكما يوضح هذا التقرير ، تؤدى هذه المسميات التى نخلعها على المشكلات الصحية المعقدة ، فإن وباء العنف ضد النساء، وعودة الصراعات العرقية والتهجير القسرى للسكان، والوباء العالمى لإدمان المخدرات ، تعمل جميعها على طمس الأسباب العقلية والانفعالية والسلوكية المستبطنة لها؛ وإخفاء تأثيراتها التراكمية على المجتمع ، والعمل ضد ذلك النوع من الفعل المركز والمنسّق الذى سيكون ضروريا للتقليل من تأثيراتها.

ويمثل التقرير أكثر الإفادات شمولا وثقية حتى الآن بخصوص المشكلات العقلية والسلوكية فى جميع أنحاء العالم. ومن خلال التوجيه المقدم من أعضاء هيئة التحرير الدولية البارزين والذين ينتمون للعديد من الدول، انتقى المحررون المعلومات الضرورية من تقارير الصحة العامة وتلك العلمية المنشورة فى الأدبيات العالمية ، ومن أوراق بحثية

أعدها أناس ذوى خبرة بطبيعة وحجم هذه المشكلات فى بلدانهم وبالجهود المبذولة لمعالجتها. إن ثقل الأدلة التى توثق لتلك الأعباء العقلية والسلوكية غير العادية التى تفرضها المشكلات العقلية والسلوكية على جميع شعوب العالم قد تمت موازنته من خلال تقارير عن البرامج المحلية التى تظهر أنه من خلال تطبيق ما هو معروف بالفعل ، أو يمكن اكتشافه من خلال الأبحاث، يمكن تحقيق تقدم حقيقى فيما يتعلق بتخفيف هذه الأعباء من خلال الوقاية والعلاج الملائمين. وبالفعل، فإن معرفة أن هناك رعاية عطوفا وفعالة لعدد من مشكلات الصحة العقلية تمثل أخبارا مهمة تدعو الحاجة لتوصيلها إلى الكثير والكثير من الأفراد فى البلدان المنخفضة الدخل.

هذا هو التحدى، وتلك هى الفرصة. فلن يتحقق التقدم من خلال التظاهر بعدم وجود هذه المشكلات ، أو باعتبار أنها متعلقة بشخص آخر. وسيتحقق التقدم المنشود عندما يعترف المجتمع الدولى علانية بوجودها كمشكلات فعلية ، ويطور برنامج عمل لمواجهتها، وأن نعمل معا بطريقة مركزة ومنسقة لتنفيذ هذا البرنامج.

إن هذا التقرير لا يحاول تقديم وصفة لكيفية مواجهة التحدى أو اقتناص الفرصة ؛ فتلك أمور يجب تحديدها من قبل أولئك الذين هم أقرب للمشكلة كما توجد محليا. وعلى أية حال، فما يقدمه التقرير بالفعل هو دعوة ملحة للعمل. ونحن بدورنا نرجو من كل من يطلع على هذه الوثيقة القوية أن يستجيب لهذه الدعوة.

جيمى وروزالين كارتر

تمهيد

خلال العقود الخمسة الماضية ، شهدت مناطق العالم غير أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية تحسنا فى مجالات الرعاية الصحية والمستويات المعيشية ، ويتميز ذلك التطور بكونه مثيرا فى اندفاعه بالقدر الذى كانت عليه التحولات التكنولوجية التى شهدتها المناطق الغنية فى نصف الكرة الأرضية الشمالى. وارتفع متوسط العمر المتوقع (average life expectancy) فى البلدان المنخفضة الدخل كزائير ، ومصر ، والهند ، من أربعين سنة إلى ست وستين سنة ؛ وتم القضاء على مرض الجدرى (smallpox) ، والذى كان فى السابق يحصد أرواح الملايين من البشر فى كل عام ، كما انخفض متوسط معدلات الوفيات فى الأطفال الرضع (infant mortality rates) من ٢٨٪ إلى ١٠٪ من عدد المواليد الأحياء ، وبالإضافة إلى ذلك ، فإن ما يقرب من نصف البالغين فى العالم اليوم هم من القادرين على القراءة والكتابة. وازداد متوسط الأجور الفعلية بما يزيد على الضعفين ، وازدادت النسبة المئوية للأسر التى يمكنها الحصول على المياه النقية من أقل من ١٠٪ إلى نحو ٦٠٪ ، كما ينتظم أكثر من ثلثى الأطفال اليوم فى صفوف الدراسة[١]. وخفف التحكم فى المياه والصرف الصحى ، وحملات التطعيم الفعالة ، وتوافر خدمات الرعاية الصحية الأولية ، من معاناة كثير من الناس. وأدت التدخلات الطبية إلى تقليل العبء الذى يتمثل فى الألم والمعاناة الناجمين عن الإصابة بالأمراض المزمنة مثل الربو (asthma) ، والداء السكرى (diabetes) ، بل وبأمراض مثل الجذام (leprosy) ، والصرع (epilepsy) ، والاكتئاب (depression) وشهد هذا القرن أيضا حصول كثير من المستعمرات السابقة على استقلالها ، مما أدى إلى تقليل أسوأ أوجه الاستغلال الاقتصادى والعنصرى فى قارتى آسيا وأفريقيا.

حدثت تطورات إيجابية أخرى فى المجالات الاقتصادية التكنولوجية، وفى قطاعات الزراعة والخدمات الصحية ، وفى التعليم ، وفى فرص التوظيف. وأصبحت تقنيات

الاتصال متوافرة لاستخدام العديد من الجماعات ، سواء الغنية أو تلك الفقيرة. ولم تكن هناك فرص أعظم من تلك المتوافرة حاليا للاستجابة للعديد من المشكلات – كالأمراض المعدية (infectious diseases) التى توجد لها لقاحات (vaccines) فعالة ، والإعاقات التى من الممكن أن تخففها التقنيات المنخفضة المستوى ، وتنظيم السكان ، والاضطرابات العقلية والقابلة للمعالجة والمصادر السلوكية القابلة للتحديد للأمراض المزمنة ، والتى تعمل فيها التدخلات السلوكية بصورة فعالة. ونحن نعلم اليوم مزيدا من المعلومات عن الكيفية التى يمكن بها إعداد برامج التدخل المجتمعى الناجحة ، وكيفية تطبيق التكنولوجيا لتحسين الصحة والتغذية ، وكيفية صياغة السياسات الاجتماعية والبيئية الفعالة ، وعما كان يمكن أن تتخيله حتى أغنى الأمم من أربعة عقود مضت.

وبالنسبة للصراعات الدائرة حول العالم ، لم يفصل سوى عقدين من الزمان بين الدمار الذى أحدثته الحرب العالمية الأولى وبين الخراب الهائل الذى نتج عن الحرب العالمية الثانية ، حيث قتل ٥٠ مليون نسمة ، وتشرد بضع مئات من الملايين من البشر ، كما تعرضت أمم بكاملها للإرهاب. وفى مواجهه ذلك التاريخ ، فمن المؤثر ملاحظة مضى ما يزيد على خمسة عقود من الزمن دون نشوب صراع عالمى شبيه بالحربين العالميتين السابقتين. وعند رؤيتها من منظور العمليات التاريخية الطويلة الأمد ، نجد أن أزماننا قد شهدت العديد من المكاسب ، حتى فى المجتمعات الفقيرة. وتتمتع الكثير من المجتمعات اليوم بوضع يتيح لها أن تحسن بصورة فعالة من نوعية الحياة وأن تدفع الطاقات البشرية الكامنة لسكانها قدما.

ولكن كما حدث بالنسبة لأوروبا الغربية وأمريكا الشمالية ، فهناك جانب مظلم لتلك الإنجازات المتميزة التى تحققت فى سبل الحياة اليومية والوظيفية المجتمعية. فبجانب الزيادة التى حدثت فى المعدلات المتوقعة للبقاء على قيد الحياة ، حدثت زيادة مماثلة فى معدلات الإصابة بالاكتئاب ، والفصام، والخرف (dementia) وغيرها من أنماط المرض العقلى المزمن ، ويرجع ذلك – بصورة أساسية – إلى أن عددا أكبر من الناس يبقى على قيد الحياة حتى بلوغ عمر خطر الإصابة بتلك الأمراض. وإلى جانب النمو الاقتصادى والتحولات الاجتماعية المختلفة التى تحققت ، حدثت زيادة ملحوظة فى معدلات الكحولية (alcoholism) ، وإدمان المخدرات ، والانتحار. وبينما كانت معدلات

وفيات الأمهات فى انخفاض ، ارتفعت بصورة حادة معدلات العنف الموجه ضد النساء سواء الشابات أو الكبيرات. وبكلمات أخرى ، ففى كثير من أجزاء العالم ، ترافق التقدم الاقتصادى والمكاسب التى تم تحقيقها فى طول العمر (longevity) الكلى ، مع ارتفاع فى معدلات الأمراض الاجتماعية ، والنفسية ، والسلوكية ، والتى أصبحت جزءا من مكونات الحياة اليومية فى أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية. وعلى الرغم من تحقيق الدول الفقيرة لقدر كبير من التقدم ، فقد أصيبت بأوبئة من الأمراض المعدية المستمرة ، والتدنى المزمن للأحوال الطبية ، والعقلية ، والسلوكية ، ويواجه الكثيرون فى تلك الأمم الفقيرة أسوأ ما يضم كلا العالمين : فيستمرون فى التعرض لمعدلات مرتفعة للإصابة بالأمراض الطفيلية (parasitic diseases) والمعدية ، فى نفس الوقت الذى يبتلون فيه بعبء متصاعد للأمراض المزمنة وأنواع الأمراض الاجتماعية الجديدة.

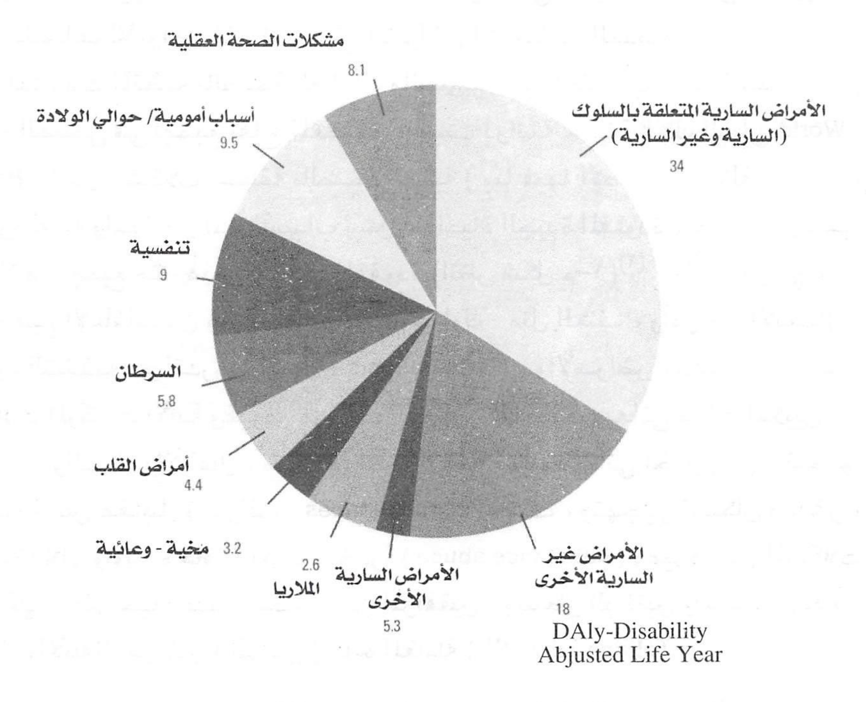
تمثل المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية ، والسلوكية ، والاجتماعية ، جزءا متزايدا من العبء الصحى فى جميع بقاع المعمورة. وحسب دراسة حديثة للبنك الدولى (World Bank) ، تمثل المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية (بما فيها الإصابات المنزلة بالذات) ، بصورة عامة واحدا من أكبر أسباب سنوات الحياة الجيدة المفقودة ، حيث تمثل نسبة ٨,١٪ من جميع مثل هذه السنوات المفقودة (انظر شكل م-١)[٢]. وبالمثل ، ينتج ٣٤٪ من جميع الإعاقات من مشكلات مرتبطة بالسلوك ، مثل العنف ، وأمراض الإسهال ، وسوء التغذية ، والتدرن (السل : tuberculosis) ، والأمراض المنقولة جنسيا ، وحوادث المركبات الآلية وغيرها من الحوادث غير المتعمدة. ويعانى مئات الملايين من الرجال ، والنساء والأطفال ، من الأمراض العقلية ، بينما يعانى آخرون من الضوائق الناجمة عن عقابيل (عواقب : consequences) العنف ، وتهجير السكان والفقر ، والاستغلال. وتؤثر معاقرة المواد المخدرة (substance abuse) وغيرها من المشكلات السلوكية ، على حياة عدد لا يحصى من المراهقين ، وصغار البالغين والمسنين. وتعانى النساء والأطفال من قدر هائل من إساءة المعاملة (الانتهاك: abuse).

وعلى الرغم من أهمية هذه المشكلات ، فلم تلق سوى النذر اليسير من الاهتمام خارج البلدان الصناعية الغنية. وفى كثير من البلدان الفقيرة ، تعترف الحكومات والمسئولون الصحيون بوجود هذه المشكلات ، ولكنهم عندما يوضعون فى موقف الاختيار بين تقليل الغيوب (reducing deficits) ، وبين إقامة البرامج الصحية المجتمعية ، فهم ينزعون

للخيار الأول. وفى الوقت نفسه ، تغيب المشكلات الاجتماعية والعصبية -النفسانية عن إدراك ، وعن البرامج الرسمية ، لكثير من الهيئات الدولية ووزارات الصحة. وأظهرت الهيئات الدولية والوزارات المحلية لامبالاة نسبية نحو القضايا المعلقة بالصحة العقلية ، كما أن العاملين فى مجال الصحة الدولية كانوا ، وحتى عهد قريب ، يستثنون قدرا كبيرا من هذا القطاع الصحى من تقييمهم المعيارى للصحة حول العالم.

ونتيجة لذلك فإن الاعتمادات المالية المخصصة من الميزانيات الصحية الوطنية للوقاية من تلك المشكلات ومعالجتها تعد ضئيلة للغاية مقارنة بالمخاطر التى تمثلها على صحة الإنسان.

النسبة المئوية لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز(*)



شكل ١,١ : التوزيع العالمى للأعباء الصحية فى عام ١٩٩٠) المصدر : معدلة من تقرير البنك الدولى ، ١٩٩٣)

(*)Disability- adjusted life years; DALY's

وعلى الرغم من ضخامة العبء الناجم عن الاضطرابات النفسانية والسلوكية ، إلا أنه يمثل بصورة أقل من الواقع تماما فى الإحصائيات الرسمية للصحة العامة ، والتى نزعت للتركيز على الوفيات ، وليس على المراضة (morbidity) أو الاختلال الوظيفى. وتم عزو الأمراض تقليديا إلى أسبابها التقريبية (proximate causes) ، وليس إلى السلوكيات أو الحالات المرضية المستبطنة التى تؤدى لحدوث الأزمة النهائية ، وبذلك تعزى الوفاة إلى قصور الكبد (liver failure) ، على الرغم من كون الكحولية (al-coholism) هى السبب المستبطن لهذا القصور. ولا تعكس الإحصائيات الصحية الوطنية والدولية ذلك القدر الهائل من المعاناة الناجمة عن الاضطرابات العقلية ، وذلك نظرا لأن هذه الحالات المرضية لا تمثل السبب المباشر للوفاة. وعلى سبيل المثال ، فحتى عندما يمثل الانتحار وفيات ناجمة عن الإصابة بالاكتئاب أو بالفصام أو عن إدمان المخدرات ، فهو يدرج فى قائمة أسباب الوفيات كانتحار فحسب.

وحتى وقت قريب للغاية ، كان إحصاء عدد الوفيات هو الوسيلة الوحيدة لقياس مدى نجاح برامج الصحة العامة. وتمثل التحدى الأول فى تقليل عدد الوفيات الزائدة (excess deaths) من أجل خلق الشروط اللازمة لحياة أفضل. وعندما تحقق لنا قدر كبير من التقدم فى هذا المضمار استغرقنا وقتا طويلا لإدراك أن استطالة فترة البقيا (البقاء على قيد الحياة : longevity) كانت مترافقة مع عبء متزايد من الأمراض المزمنة ، ومن المشكلات المتعلقة بالصحة الاجتماعية والسلوكية. وقيد نتجت هذه الزيادة ببساطة ، وبصورة جزئية ، عن أن عددا كبيرا من الناس يبقون على قيد الحياة حتى أرذل العمر ، حيث يبدأ ظهور أمراض القلب ، والتهاب المفاصل (arthritis) ، والسكتة الدماغية (stroke) ، والخرف (dementia) ، وغيرها من الأمراض المزمنة. ومن ناحية أخرى ، فقد نجمت الزيادة جزئيا عن التغيرات فى القوت (diet) ، وممارسة الرياضة ، و أنماط معاقرة الخمر ، وتعاطى المخدرات ، وما إلى ذلك. وأدت أنواع المراضة الجديدة التى نتجت عن تلك التحولات ، إلى حدوث المعاناة الشخصية (per-sonal suffering)، وتعطل وظيفة القيام بالدور الحياتى والعلاقات الاجتماعية ، وانخفاض جودة الحياة ، بالإضافة إلى التكاليف المالية المعتبرة المرتبطة بالأمراض

العقلية والمشكلات السلوكية (لم يقم سوى قليل من الدراسات بتحديد التكاليف الاقتصادية المحددة للمرض العقلى ، لكن دراسة حديثة للدكتورة دوروثى رايس(Rice) قدرت أن التكلفة الكلية للمرض العقلى فى الولايات المتحدة قد بلغت ١٤٨ مليار دولار فى عام ١٩٩٠ ، بينما بلغت تلك التكاليف بالنسبة لإدمان الكحول ٩٩ مليار دولار ، و٦٧ مليار دولار بالنسبة لإدمان المخدرات[٣]. ومن بين المقاييس المعيارية لمقارنة التكاليف معرفة أن عبء التكاليف الناجمة عن الإصابة بالاكتئاب فى الولايات المتحدة يبلغ نفس معدلاته تقريبا بالنسبة لأمراض القلب)[٤].

وبطبيعة الحال ، فليست تلك المشكلات بالجديدة. لكن بعضها أكثر شيوعا عما كانت عليه قبل قرن مضى ، كما اكتسبت بعضها قوة إضافية فى زماننا هذا. وبالنسبة للأمراض العقليه ، سيزداد عدد الأفراد المصابين بالأمراض العقلية الكبرى بصورة معتبرة خلال العقود القادمة ، وذلك لسببين: أما السبب الأول فهو أن عدد الرجال والنساء الذين يبقون على قيد الحياة حتى بلوغ عمر خطر الإصابة ببعض الأمراض يرتفع بإضطراد نتيجة للتغير فى الأنماط الديموغرافية (السكانية). وبذلك سيزداد عدد المصابين بالفصام بنسبة ٤٥٪ فى الفترة ما بين عامى ١٩٨٥ و ٢٠٠٠ ، نتيجة لزيادة قدرها ٤٥٪ فى عدد السكان الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة عشرة والخامسة والأربعين فى جميع أنحاء العالم[٥]. وبالمثل ، فستكون هناك زيادة معتبرة فى معدلات الإصابة بأنواع الخرف الشيخوخى (senile dementias) ، ويرجع ذلك أيضا إلى ارتفاع أعداد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم الخامسة والستين أو تزيد. أما السبب الثانى للزيادة الكلية لمعدلات الإصابة بالأمراض العقلية فهو ارتفاع معدلات الإصابة بالاكتئاب خلال السنوات الأخيرة ، فأصبح الاكتئاب حاليا يرى فى عمر مبكر وبمعدلات متزايدة فى بلدان شديدة التباين مثل لبنان ، وتايوان والولايات المتحدة ، وبلدان أوروبا الغربية[٦]. وقد ارتفعت معدلات الخطر النسبية (relative risk) للإصابة بالاكتئاب من مجموعة ولادية مكونة من عشر سنين (ten-year birth cohort) إلى التالية لها) أى مقارنة أولئك المولودين بين عامى ١٩٢٨ و ١٩٣٤ ، بأقرانهم المولودين بين عامى ١٩٣٥ و ١٩٤٤ إلخ.) بمعامل يصل إلى ١,٣ فى نيوزيلندا ، و ١,٦ فى تايوان ، و ١,٩ فى الولايات المتحدة ، و٢,٩ فى إيطاليا[٧].

وبصورة عامة ، تمثل المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية ، والاجتماعية ، والسلوكية ، مجموعات متراكبة من المشكلات التى تتفاعل ، من خلال ارتباطها بالموجة الحديثة من التحويلات العالمية وأنواع المراضة الجديدة ، بحيث تضخم من تأثيرات بعضها البعض على السلوك والعافية) انظر شكل ٢،١). وتتكون إحدى هذه المجموعات من إدمان المخدرات ، والعنف وإساءة معاملة النساء والأطفال ، والعواقب النفسانية لمثل هذه الاعتداءات. وتربط مجموعة أخرى بين المشكلات الصحية وبين الأسس البيولوجية لها ، مثل ربط أمراض القلب ، والكرب (stress) والاكتئاب ، بالتحولات الحادثة فى السلوكيات الاجتماعية ، والدعم بين الأفراد ، والتكيف الشخصى. ويزداد انتشار مثل تلك المجموعات ، كما يصعب التعايش معها ، فى ظل ظروف تفشى البطالة ، وانخفاض الدخول ، ومحدودية التعليم ، وظروف العمل القاسية ، والتفرقة بين الجنسين ، والأنماط الحياتية غير الصحية ، وانتهاكات حقوق الإنسان. وتتأثر تلك الظروف الاجتماعية بالتحولات الاجتماعية الهائلة التى حدثت خلال ذلك العصر الذى نعيشه. وفى أحيان عديدة ، ترتبط كثير من الظروف التى تتراوح بين العنف ، والانتحار، والصدمات العصبية الناجمة عن الكوارث ، بالإضافة إلى بعض الأمراض العقلية مثل الاكتئاب ، بنفس تلك المجموعة من القوى الاجتماعية. وتنتشر بعض تلك القوى فى جميع أنحاء العالم ، كما يختلف بعضها باختلاف المنطقة الجغرافية من العالم ، وباختلاف الدولة التى تحدث فيها. وتمثل بعضها أزمات حادة ، بينما يعد البعض الآخر مصدرا مستمرا للضيق النفسى.

وتعمل جميعها خلال العوالم المحلية التى نعيش بداخلها – أى المجتمعات ، والجيرات ، والشبكات المحلية – لتؤثر على حياتنا وعلاقاتنا.

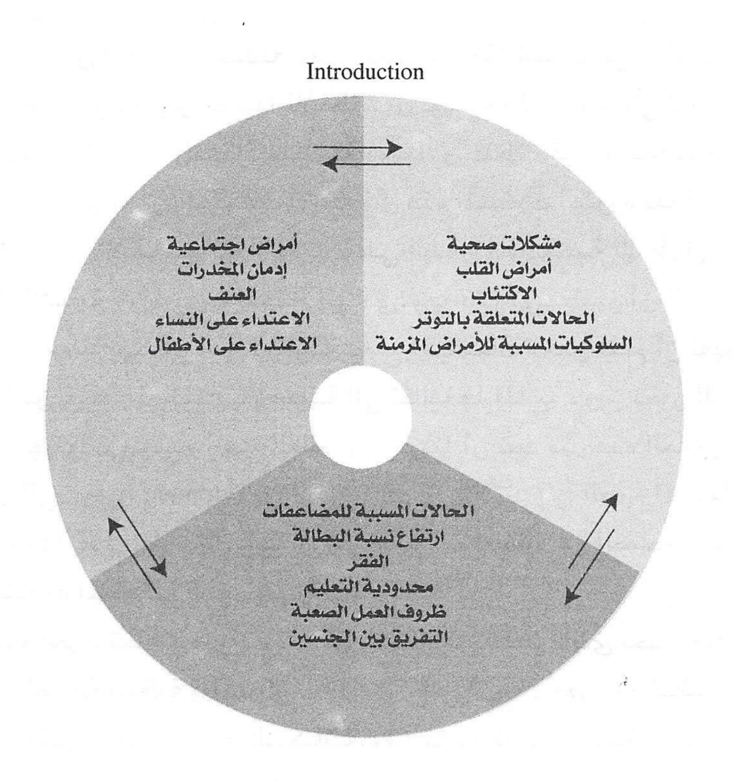
ويمثل تقرير " الصحة العقلية فى العالم " أول محاولة منهجية لاستقصاء عبء المعاناة المتعلقة بتلك المجموعات من المشاكل ، فهو يجمع المعلومات المتعلقة بالأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية ، وتلك المتعلقة بالسلوك (سواء السوى أو الشاذ) ، والتى تؤثر على الصحة وعلى احتمالية التنمية البشرية ، وعلى تحسين الصحة العقلية كما حددتها منظمة الصحة العالمية. وليس هناك ثمة " مرض عقلى " منفرد ، بل إن هناك أنواعا متعددة

من تلك الأمراض ، مثل الفصام ، والاكتئاب ، والخرف ، حيث أن لكل منها أعراضه وعلاماته المرضية المحددة ، وليست الصحة العقلية مجرد الخلو من الأمراض العقلية التى يمكن اكتشافها ، بل هى حالة من العافية يشعر فيها المرء بقدراته أو بقدراتها ، ويمكنه العمل بصورة منتجة ومثمرة ، كما يمكنه الإسهام فى تقدم المجتمع الذى يعيش فيه.

ويقوم الكتاب أيضا بدراسة التأثيرات الشخصية وتلك الاجتماعية للانتحار وإدمان المخدرات ، كما يضع فى اعتباره تلك الأوجه الاجتماعية والثقافية لتلك المشكلات. ويراجع الكتاب أيضا التأثيرات على الصحة العقلية والاجتماعية التى للعنف وتهجير السكان ، كما يتعرف على اهتمامات جماعات معينة – وخصوصا الأطفال ، والنساء ، والمسنين ، ومجموعات الأقليات ، والمجتمعات الفقيرة – تعد معرضة بصورة خاصة لخطر الإصابة بتلك المشكلات. لكننا لم نقم بتحليل منهجى للأسباب الاجتماعية للمراضة النفسانية والاجتماعية ، ويرجع ذلك ، بصورة جزئية ، إلى عدم وجود نظرية منفردة لتفسير مثل تلك المراضة ، ومن ناحية أخرى ، إلى اعتقادنا بأن المشكلات المتنوعة المتعلقة بتلك القضية ترتبط بمجموعة متباينة من القوى السياسية ، والثقافية ، والاجتماعية.

ومن أجل التناول الأمثل لتلك التباينات ، يقدم هذا الكتاب أمثلة محلية لهذا الكم الهائل من المشكلات ، كما يصف الأنماط العالمية ، والروابط الدولية ، بين تلك المشكلات وبين الحلول المطروحة لها.

ويظهر التقرير كيف يتعامل الناس الذين يعيشون تحت ظروف مختلفة مع تلك المشكلات ، كما يشير إلى الفرص الراسخة لتطوير سبل التدخل بصورة أكثر ملاءمة ، ويراجع أيضا تلك الأوجه المحلية للقوة ، ويناقش الكيفية التى يمكن بها تطوير سبل زيادة قوتها.



شكل ١-٢ : نموذج للمجموعات المتراكبة من المشكلات

وبدلا من كونه مجرد جمع (compilation) للبيانات الإحصائية ، يضم هذا الكتاب دراسات عن حالات (case studies) لتفسير الكيفية التى يمكن بها للتدخلات البسيطة ، من الناحية الظاهرية ، والجهود التى تبدو ضئيلة الشأن ، عند النظر إليها من منظور عالمى ، أن تكون ذات تأثير مهم على حياة الأفراد ، وعلى سبيل المثال ، فقد قلل برنامج يهدف لتنفيذ أمر أساسى كتعليم السكان كيفية التخلص من الفضلات البشرية الصلبة ، وبصورة كبيرة ، من الأمراض التى تصيب الرضع فى إحدى قرى بنجلادش ، وأسهم هذا الانخفاض فى الصحة العقلية لأسر أولئك الأطفال من خلال تقليل المعاناة وإنقاذ الأرواح. وكمثال آخر ، نجد أن تتجير (commercialization) تعاطى الجعة (البيرة) فى بعض مناطق وسط أفريقيا ، قد أدى إلى تآكل الأعراف الاجتماعية الضاربة فى

عمق الزمن بجذورها ، وإلى الانتشار الواسع لتعاطى الكحول ، مع ما يصاحبه من العنف وغيره من التأثيرات السلبية. ونحن نشير فى هذا الكتاب إلى المشكلات الموجودة فى مجتمعات بعينها ليس تصيدا للأخطاء، بل توضيحًا للمواقف التى تواجهها العديد من المناطق فى العالم ، ولتحديد سبل مقاومتها. وبالفعل ، فإن حقيقة وجود مثل هذه البيانات تظهر أن بعض الحكومات تواجه مثل هذه المشكلات بصورة فعالة.

ينصب التركيز الأساسى لهذا الكتاب على البلدان المنخفضة الدخل فى أفريقيا ، وأمريكا اللاتينية ، وآسيا ، والمحيط الهادى. ومع ذلك ، وباعتبار أن الصحة العقلية والمشكلات المعلقة بها تعد أمر تتشاركه جميع المجتمعات ، فمن المهم أن نفهم تكاليفها البشرية من حيث المعاناة ، بالإضافة إلى تكاليفها المادية ، وأن نطور البرامج التى تهدف لمواجهتها فى جميع أنحاء العالم. وإذا أردنا أن نجد مثل هذه الحلول العريضة ، سنحتاج إلى مجال (domain) من السياسات التى تستند إلى العلوم الاجتماعية بنفس قدر اعتمادها على العلوم الصحية ، والتى تطبق ما تعلمناه عن الصحة العقلية فى كل من المجتمعات المنخفضة الدخل وتلك المرتفعة الدخل.

وفى جميع أجزاء تحليلنا هذا ، نركز على الإطار الاجتماعى الذى تحدث فيه المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية والسلوكية ، والمعانة التى تتسبب فيها ، والتأثيرات المتعلقة بصحة الأفراد والمجوعات السكانة. وفى تشديدنا على أهمية الإطار الاجتماعى (social context) ، لا نفترض ضمنا أن المشكلات الاجتماعية هى السبب الوحيد أو الرئيسى للاضطرابات العقلية. وقد كان هناك زمن لصياغة الشعارات المبسطة (simplistic sloganeering) ، أو الادعاءات المبالغة التى تنادى بأن الصحة العقلية هى محور التحول الاجتماعى ، وهى ادعاءات خلفت وراءها بقية من الشكوك. ونحن نتنصل من المناداة بتلك الشعارات.

وعلى أية حال ، فلا يمكن إنكار أهمية الإطار الاجتماعى. وعلى العكس من ذلك. فمن الممكن أن يصيب اضطراب عضوى بالدماغ كالصرع (epilepsy) أفراد الأسرة الواحدة ، وقد ينتج عن كيسة طفيلية (parasitic cyst) ، أو عن ندبة (scar) خلفتها إصابة بالرأس. وما إن كانت العدوى (infection) قد عولجت قبل أن تؤدى للإصابة بالصرع ، وما إن كانت إصابة الرأس قد حدثت خلال أحد الاضطرابات المدنية ،

أو ما إن كانت الأسرة قادرة على شراء الأدوية المضادة للاختلاجات (anticonvul-sants) لأطفالها المصابين بالمرض ، ومن ثم تقيهم من التعرض للمضاعفات ، تتأثر جميعها بالعوامل الاجتماعية ، على الرغم من أن أيها ليس سببا مباشرا للإصابة بالمرض. ونسترعى الانتباه هنا إلى الإطار الاجتماعى برغم اعترافنا بأن الأطباء النفسيين وغيرهم من العاملين فى مجال الصحة العقلية يفتقرون للخبرة النوعية فى اجتناب الحرب أو القضاء على الفقر ، وعلى الرغم من ذلك ، فالارتباط بين الإطار الاجتماعى والصحة العامة لهو ارتباط حقيقى ؛ فلابد من الاعتراف به ؛ ولا بد من دراسته ، وهناك قاعدة معرفية متنامية لتوجيه التدخلات اللازمة؛ كما يتوجب على المواطنين والقادة فى جميع البلدان أن يتناولوا تلك المشكلات إذا أردنا أن نفعل أكثر من مجرد تطبيق الضمادات على الجروح العميقة. وكما يوضح التقرير المنشور على صفحات هذا الكتاب ، فهناك نقاط متعددة للدخول.

محتويات التقرير

على مدى الفصول الاثنا عشر التى يتألف منها الكتاب ، نراجع المدى المتنوع للمشكلات المتعقلة بالصحة العقيلة والسلوكية ، والتحديات الاجتماعية الكبرى التى يمثلها العنف وتهجير السكان ، والمشكلات التى تتعرض لها المجموعات السكانية الخاصة (أى النساء ، والأطفال ، والمسنين). وسنقوم بدراسة كل من تلك القضايا على مستويات ثلاثة : وهى الفرد ، والمجتمع المحلى ، ثم المجتمع بمفهومه الواسع.

يستكشف **الفصل الأول** تلك القوى الاجتماعية ، والسياسية ، والاقتصادية التى تسهم فى زيادة المعدلات العالمية للمشكلات المتعلقة بالصحة العقلية ، ويدرس هذا الفصل التفاعل بين الأحداث المحلية ، والوطنية والعالمية ، ويقدم الإطار المفاهيمى (conceptual framework) اللازم للبدء بفهم تأثيرات التحولات الاجتماعية الرئيسية للعصر الذى نعيش فيه على المجتمعات وعلى الأفراد. ومن خلال دراستنا للأحداث والمشكلات المحلية ، والمعزولة ظاهريا ، نوضح الكيفية التى تخلفت بها النواتج المحلية ، حتى عندما تكون القوى الفاعلة متشابهة ، نتيجة لاختلاف التواريخ والحقائق المميزة لكل مجموعة سكانية بعينها.

وعلى المستوى المحلى ، تؤدى أمزجة من الطبقة الاجتماعية ، الجنس ، والعمر ، والعرق ، والانتماءات السياسية ، إلى تحويل بعض الأفراد إلى ضحايا فى بعض المجتمعات ، فى الحين الذى توفر فيه نفس تلك الخصائص حماية للفرد فى مجتمعات أخرى.

وفى **الفصل الثانى** ، نضع فى اعتبارنا مدى العبء الناتج عن الأمراض العقلية الكبرى ، بما فيها الفصام ، والاضطرابات الاكتئابية ، والخرف ، واضطرابات القلق. وقدر أن نوعين شائعين من الأمراض العقلية –هما الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات القلق –يمثلان ما نسبته ٢٠٪ –٣٠٪ من جميع الزيارات التى يقوم بها الأفراد إلى

عيادات الرعاية الصحية الأولية فى جميع أنحاء العالم. وإذا لم يتم التعرف على تلك الاضطرابات وعلاجها بصورة فعالة ، فسيؤدى ذلك لحدوث معاناة من الممكن اجتنابها ، بالإضافة إلى تكرار الزيارات الطبية المكلفة والتى لا طائل من ورائها. وتقترح مراجعة للبيانات المتوافرة أن هناك علاجات فعالة من الممكن أن تساعد فى التغلب على الوصمات الاجتماعية والإهمال الذى يكتنف الإصابة بتلك الاضطرابات. وينصب اهتمامنا على المناداة بتطوير الخدمات ، والقوانين ، والسياسات الملائمة فى البلدان المنخفضة الدخل.

ويدرس **الفصل الثالث** أنماط الانتحار ، والتى تتباين بصورة كبيرة باختلاف المجتمعات ، وقد تكون حقيقة أن معدلات الانتحار ترتفع بصورة مطردة فى الكثير من المجتمعات الانتقالية (transitional) ، دالة مهمة على التأثير السلبى لعدد كبير من التحولات الاجتماعية – السياسية ، وبذلك فهى تستلزم تفسيرا معتنيا. هل يعد الانتحار مؤشرا على الانحلال الاجتماعى أو الأخلاقى ، أم أنه " جانب مظلم " للتنمية لا يمكن اجتنابه ، أم نتاجا لعوامل أو قوى أخرى ؟ وتوحى الدراسات العلمية بأن كثيرا من محاولات الانتحار ترتبط بصورة عميقة بالضغوط الاجتماعية التى تزعج الناس ، الذين لا يمتلك كثير منهم سوى مصادر سياسية محدودة لصد تلك المتاعب. ولحسن الحظ ، فهناك تدخلات (interventions) محتملة الفاعلية لمواجهة تلك المشكلة.

وفى **الفصل الرابع** ، نقوم باستقصاء العبء الناجم عن إدمان الكحول والمخدرات ، والتى لها تأثيرات وخيمة على الوفيات (mortality) ، والمراضة (morbidity) ، والانهيار الاجتماعى. وعلى سبيل المثال ، تقدر منظمة الصحة لعموم الأمريكتين (PAHO) أن إدمان المخدرات يعد السبب المستبطن الرئيسى لوفيات البالغين وما يتعلق بها من العنف والإصابات فى أمريكا اللاتينية (انظر جدول ١–١). وبذلك تعد المحاولات التى تهدف للحد من إدمان المواد المخدرة ومواجهة الإدمان المتعلق بها ، من العوامل الحيوية للعافية الكلية لسكان أمريكا اللاتينية (والذين يمثلون نحو ٩٪ من تعداد سكان العالم). وفى أمريكا اللاتينية وغيرها من بقاع العالم ، كثيرا ما يضرب إدمان المخدرات بجذوره فى عمق المشكلات الاجتماعية ، وكثيرا ما يكون مرتبطا

بالفساد السياسى والجريمة المنظمة. وندرس فى هذا الفصل الأنماط المتباينة لإدمان المخدرات فى جميع أنحاء العالم ، مع إجراء مقارنات بين المناطق التى يمثل الإدمان فيها مشكلة كبرى وبين تلك التى لا تتعرض لمثل هذه المشكلات ، بالإضافة إلى المقارنة بين البرامج المحتملة النجاح مع تلك التى ليست كذلك.

ويكرس **الفصل الخامس** للتأثيرات المتعلقة بالصحة العامة للعنف الذى ينشأ عن القمع السياسى ، والحروب الأهلية ، والصدمات النفسية الواسعة النطاق فى العديد من المجتمعات. ومن خلال مناقشتنا لهذا العنف ضمن إطار الصحة الاجتماعية ، لا نسعى إلى التقليل من شأنه ، ولا إلى تطبيب (medicalize) أسبابه. وعلى العكس من ذلك ، فنحن نعتقد أنه من الضرورى أن نفهم تلك القوى السياسية والثقافية التى تبقى على ذلك العنف. وتنحصر مهمتنا فى اعتبار العنف كمشكلة اجتماعية عريضة تتسبب فى حدوث تأثيرات مأساوية على المستويين الجماعى والفردى ، وليس كمشكلة يمكن للعاملين فى القطاع الصحى حلها بمفردهم.

ويسهم العنف الذى يتم تناوله فى الفصل الخامس فى تهجير السكان وتجربة اللجوء ، وهى الموضوعات التى يتناولها **الفصل السادس**. ويعيش نحو ٩٠٪ من مجموع اللاجئين فى العالم ، والذين يزيد تعدادهم على عشرين مليونا ، فى أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية ، وقد تبلغ نسبة الإصابة فيما بينهم باضطراب الكرب التالى للصدمة (PTSD) والحالات المرضية المتعلقة به حتى الثلثين. ويتحول محور اهتمامنا فى الفصل السادس عن المواقف المحلية إلى القوى الوطنية والدولية التى تستلزم السيطرة عليها مستوى مختلفا تماما من الاستجابة : ونضع فى اعتبارنا هنا التهجير الناجم عن العنف السياسى والعرقى ، والكوارث الطبيعية ، والعوز الاقتصادى. وبصورة عامة ، فقد أصبحت المشكلات التى تم استعراضها فى الفصل السادس– فى جميع أجزاء الكتاب – من المتطلبات الرئيسية للمناقشات المتعلقة بالسلام ، والأمن ، وحماية البيئة ، وحقوق الإنسان ، بالإضافة إلى تلك الخاصة بتطوير البنى الدولية الفاعلة من أجل السيطرة على الانهيار المجتمعى والصراعات الدولية. وعلى أية حال ، فمن أجل المعالجة الفعالة لهذه ، القضية ، يجب أن تختفى فكرة أن الصدمات النفسية تضرب

بجذورها في أعماق الأفراد أو الأسر المنفردة ، ليحل محلها فهم التأثير الجمعي (collective impact) للأذيات الاجتماعية.

ويكرس **الفصل السابع** من الكتاب لدراسة عافية (well-being) الأطفال والشباب. ويعرض الأطفال في المناطق الهامشية من الناحية الاقتصادية للإصابة بالصرع أو التخلف العقلي. بمعدلات تتراوح بين ثلاثة إلى خمسة أضعاف مثيلاتها في أقرانهم الذين يعيشون في المناطق الغنية. وتشيع اضطرابات السلوك (conduct disorders) وجنوح المراهقين (adolescent delinquency) في عالم اليوم. وفي كثير من البلدان ، يستمر استغلال الأطفال اقتصاديا وجنسيا . وفي كثير من مناطق أمريكا اللاتينية ، وأفريقيا ، وأسيا ، يعيش ملايين من الأطفال في الشوارع ، و هم يبقون على قيد الحياة بشق الأنفس.

ويخصص المؤلفون **الفصلين الثامن والتاسع** لمناقشة الحاجات الخاصة لمجموعتين سكانيتين معرضتين للخطر بصورة خاصة - أي النساء والمسنين. وتقدم البيانات الوبائية (epidemiologic) والأنثروبيولوجية المتعلقة بمعدلات انتشار الضوائق النفسية (psychological distress) ، ضمن إطارها الاجتماعي الملائم.

وفي كثير من الحالات ، تنتج معاناة المرأة عن تلك الأوجه السائدة للتفرقة بين الجنسين (gender inequalities) والمميزة لأغلب البلدان الفقيرة ، إضافة إلى النقائص العديدة المصاحبة للوضع الاجتماعي المتدني ، وتشمل تلك النقائص العبء الثقيل بصورة غير متناسبة للعمل ، والعنف الجنسي ، والتناسلي ، غيرهما من أنماط العنف الأخرى ، وممارسات التمييز (discriminatory practices) التي ينتج عنها عدم القدرة على الوصول إلى الموارد القيمة والنادرة (مثل التعليم ، والتوظيف ، والطعام ، ومزايا التنمية الاقتصادية).

جدول ١-١ : تعداد السكان ، وعدد الوفيات ، و معدلات الوفيات الخام فى أمريكا اللاتينية ، فى الفترة ما بين ١٩٨٥ - ٢٠٠٠

تعدد السكان وأسباب الوفيات بالنسبة للمنطقة وتوابعها	عدد الوفيات			معدلات الوفيات الخام (لكل ١٠٠,٠٠٠)		
	١٩٨٥	٢٠٠٠	نسبة التغير ٪	١٩٨٥	٢٠٠٠	نسبة التغير ٪
	أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبى					
تعداد السكان	٢٤٨,٥٦٣,٠٠٠	٣٣٦,٦٧٢,٠٠٠	٣٥,٤			
الأعواز التغذوية	١٩,٣٤٩	٢٦,-١٦	٣٤,٥	٧,٨	٧,٧	,٣
الأمراض المخية الوعائية	٩٠,٨٢٢	١٣٧,٨٨٧	٥١,٨	٣٦,٥	٤١,٠	,٣
تليف الكبد	٣٣,٧٣٣	٥٣,٦٩٥	٥٩,٢	١٣,٦	١٦,٠	,٦
الانتحار	٨,٣٦٤	١١,٨٣	٤١,٥	٣,٩	٤,١	١
حوادث المركبات الآلية	٣٩,٨٦٤	٥٨,٥١٣	٤٦,٨	١٨,٧	٢٠,٣	٦
القتل	٤٢,٠٧٧	٦٤,٣١٨	٥٢,٩	١٩,٦	٢٢,٢	,٣
إجمالى الأسباب أعلاه	٢٣٤,٢٠٩	٢٥٢,٣٦٥	٥٠,٤	١٠٠,١	١١١,٣	,٢

المصدر :(Levav et al. ١٩٨٩)

ويخلص المؤلفون إلى أن السياسات المتعلقة بالصحة (health policies) التى تتناول التأثيرات السلبية للتفرقة بين الجنسين ، على العافية العقلية والبدنية للنساء، بالإضافة إلى " السياسات الصحية " (healthy policies) المصممة لتمكين (empower) النساء وتحسين أوضاعهن الاجتماعية ، تقدم اثنين من المكونات الضرورية للمبادرات التى تستهدف تحسين حياة النساء. ويشير النمو فى أعداد السكان المسنين فى العالم ، والتحولات الاجتماعية التى تحققت فى مجال رعاية المسنين ، إلى الحاجات المتزايدة للرعاية الصحية العقلية لتلك المجموعة السكانية بوجه خاص ، وعلى سبيل المثال ، فقد يزيد عدد المسنين المصابين بالخرف فى أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية (والذى قدر بخمسة وعشرين مليونا فى عام ١٩٩٠) ، عن ٨٠ مليونا بحلول العام ٢٠٥٠[٨]. ويمكن للحكومات والمجتمعات المحلية اتخاذ خطوات معينة لتحسين الرفاهية (welfare) النفسية والاجتماعية للمسنين ، بالإضافة إلى تلك الخاصة بالأطفال والنساء.

ويعود الفصل العاشر إلى السؤال العريض حول المحددات (determinants) الاجتماعية ، والثقافية ، والسلوكية ، للعافية. ويركز المؤلفون فى هذا الفصل على السبل التى يمكن بها للسلوكيات التى تتشكل حسب الثقافة السائدة (culturally-shaped behaviors) ، مثل التدخين ، والممارسات الجنسية ، والقوت (diet) ، أن تسهم فى

اعتلال الصحة. ويناقش الفصل العاشر أيضا تلك السلوكيات التى تعرض مجموعات سكانية معينة لخطر الإصابة بالأمراض الطفيلية وغيرها من الأمراض المعدية. وتعد هذه مناطق يمكن فيها للتحولات السلوكية أن تحقق تأثيرات إيجابية على الصحة ، لكنها تعد فى الوقت نفسه ، مناطق لا يمكن فيها الفصل بين السلوك وبين الدينميات (dynamics) الاجتماعية ، والثقافية ، السياسية ، لدرجة نعتبر معها أن السلوك الاجتماعى (وليس مجرد السلوك الفردى) ، هو الهدف الأساسى للبرامج التى تعنى بالمعالجة ، والوقاية ، والسياسات المتعلقة بتلك المشكلات.

وفى الفصلين الأخيرين لهذا التقرير ، نستجمع الاستنتاجات الرئيسية لمراجعتنا ، من أجل دراسة تأثيراتها فيما يتعلق بالسياسات والأبحاث المستقبلية. ويحدد **الفصلان الحادى عشر والثانى عشر** سلسلة من القضايا ، بحيث تؤدى إلى بدء المناقشات حول ما تدعو الحاجة إلى فعله ، بين الباحثين ، والممارسين ، وخبراء السياسات ، ورجال الإدارة (على المستويين الوطنى والدولى). وتوضح مراجعتنا أنه إلى جانب الضغوط الهائلة للمتاعب المستديمة ، هناك أدلة على وجود أوجه محلية للقوة ، ومشروعات واعدة ، واستجابات مبتكرة. وتتسم المشكلات الموجودة فى المجتمعات ذات الموارد المحدودة بكونها خطيرة وأحيانا ساحقة ، لكن هناك عددا من المبادرات المحلية ، والتى يثير بعضها الإعجاب بصورة كبيرة ، كما يوحى به العديد من البرامج القائمة حاليا. وهناك الكثير الذى يمكن فعله من قبل الهيئات الدولية إذا هى منحت الصحة العقلية الأولوية التى تستحقها ، والموارد المالية التى تحتاجها. ويتمثل ما نحتاج إليه ، باستثناء التوصيات النوعية للسياسات ، فى حملة دولية تستقطب منح الأولوية للمشكلات المتعلقة بالصحة العقلية ، وفى إيجاد سياسات جديدة على المستويين المحلى والعالمى.

وتطرح خطة الأبحاث الضرورية ، والموضحة على صفحات الفصل الأخير للكتاب ، أسئلة توفر لنا الخطوة التالية فى تطوير اعتبار الصحة العقلية ، والسلوكية ، والاجتماعية ، كموضوع رئيسى للأبحاث. وطرحنا فى هذا الفصل مجالا للتساؤلات يمكن اعتباره كأساس لتطوير مراكز السياسات لدولية وبرامج الأبحاث فى جميع أنحاء العالم. وعلى الرغم من أن أغلب الخبرة التى تم اكتسابها فى الماضى جاءت من بلدان أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية ، إلا أن هناك اليوم كما مهما من الباحثين فى بعض

بلدان آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية ، وجزر المحيط الهادى. ويجب أن تكون تقوية القدرة على إجراء الأبحاث الضرورية لتحسين الصحة العقلية والاجتماعية ، من الأهداف البحثية الرئيسية لعقد التسعينات من القرن العشرين.

وتطرح الجوانب الاجتماعية للصحة العقلية سؤالا بخصوص حقوق الإنسان ، فإلى أية درجة تعتبر العافية العقلية والاجتماعية من الحقوق الإنسانية الأساسية ؟ وما هى السياسات التى يمكن تنفيذها على المستويين الدولى والمحلى، والتى يمكن لها أن تحسن بأفضل صورة تلك الظروف الإنسانية الواعدة؟ ثم ما هى الأفعال والبرامج ، والتقاليد – من برامج التقشف الاقتصادى إلى ممارسات التفرقة بين الجنسين – التى تعيق سعى شخص و مجتمع ما نحو تحقيق الصحة وتطوير المكونات البشرية (human potential)؟

من الواضح أنه ليست هناك حكومة يمكنها أن تضمن تحقيق الصحة لجميع المواطنين (ويرجع أحد أسباب ذلك إلى أنه لا يمكن التنبؤ بحدوث أغلب الأمراض الوراثية قبل الولادة ، كما أنه لا شفاء لها حسب المعايير الطبية الحالية). أما ما يمكن للمواطنين أن يطالبوا به فهو حقهم فى العيش فى بيئة متوافقة مع المعايير الصحية ، والحق فى الحصول على الرعاية الكريمة عند تعرضهم للمرض. وتلك هى البيئة التى يمكن فيها أن يستنشق المرء هواء نظيفا ، وأن يشرب مياها نقية ، وحيث يتوفر المأوى الملائم ، وحيث يأمن كل إنسان من التعرض للاعتداء ويضمن أن يعامل باحترام ، وحيث يوفر المجتمع الرعاية الصحية لجميع المصابين بالمرض ، ولجميع المعذبين. ولم يتم تحقيق هذه المثل العليا فى كثير من بلدان العالم ، ويشدد هذا التقرير على أن أحدا منا يجب ألا يهدأ حتى يتم تحقيق هذه الحقوق الإنسانية الأساسية للجميع. وبرغم أن المناداة بحق الجميع فى العيش فى بيئة صحية وفى الحصول على الرعاية الملائمة ، لا تضمن تحقيق الاعتراف الشامل بهذه الحقوق ؛ إلا أنها ترسخ معيارا يمكن من خلاله قياس تلك الحقوق ، كما يمكن أن يسعى لتحقيقه الرجال والنساء ذوو النوايا الطيبة فى جميع أنحاء العالم.
تمت كتابة هذا التقرير لجمهور عريض ومتنوع المشارب. من وزراء الصحة وكبار المسئولين فى تلك الوزارات ، إلى المنظمات غير الحكومية (NGO's) ، إلى المشاركين

فى الندوات الدولية حول السياسات ، إلى عموم المواطنين فى جميع أنحاء العالم. وقد خاطبنا جمهورا عريضا من أجل تحفيز الجدل حول قضايا لم يتم تناولها ضمن سياق واحد من قبل على الإطلاق. ففى السابق، كان كل من الناقشات التى تتناولها الصحة البدنية والعقلية ، والعافية الاجتماعية ، والتنمية الاقتصادية ، والأمن العالمى ، وحقوق الإنسان ، يتخذ منحى مختلفا ومنفردا.

ونرى أن الوقت قد حان لتطوير منتدى (forum) يمكن أن ترى فيه تلك القضايا كحلقات متشابكة لا يمكن الفصل بينها. ومما يحقق تأثيرا معاكسا أن نقيم البرامج التنموية دون اعتبار لتأيثرها على نوعية الحياة فى المجتمع. ولم يعد بالإمكان الاحتفاظ بتقسيمات صارمة ومصطنعة للفصل بين العافية البدنية وتلك العقلية. ونأمل فى أن يسهم هذا التقرير ، والذى نعتبره تحفيزا للفعل أكثر من كونه كلمة فصلا فى هذا المجال ، وفى إيجاد مثل هذا المنتدى بطرح سلسلة من المبادرات التى يمكن أن تساعد فى تغيير طرق التفكير فى الصحة والرخاء ، ويمكن أن تحقق هذه المبادرات تغييرا جوهريا فى حياة الكثيرين ، ولا تبقى سوى الإدارة السياسية اللازمة لتنفيذ تلك المبادرات على أرض الواقع.

دعوة للعمل

لماذا يجب أن يتنبه القارئ لوجود أزمة إضافية ،ولمطالبة أخرى بالموارد ،ولمجموعة جديدة من المشكلات؟ ونحن نعتقد بأنه ، أو أنها ، يجب أن يفعل ذلك نظرا لأن هذه المشكلات أصبحت ، مثل غيرها من المشكلات ، قاب قوسين أو أدنى من الوصول إلى أكثر ما يجعلنا بشرا تعرضا للخطر، ولأن هذه المشكلات تمنع ازدهارنا بصورة مباشرة ، ولأن الصمت النسبى الذى يحيط بتلك المشكلات الجالبة للعار بقدر ما يوجد هنالك أشياء يمكننا فعلها حيال تلك المشكلات.

وليس هذا التقرير ، بأى حال من الأحوال ، هو الكلمة الفصل فى مجال الصحة العقلية ، بل إنه مجرد البداية لعملية متواصلة. ونصف على هذه الصفحات العبء العالمى الناجم عن المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية والسلوكية. ونتناول بالدراسة تلك القوى الاجتماعية ، والسياسية ، والاقتصادية المعقدة التى تسهم فى إحداث هذه المشكلات. ونوصى بإيجاد سبل مبتكرة وفعالة بالنسبة لتكلفتها لتحسين عافية الشعوب التى تواجه مشكلات خطيرة فيما يتعلق بالصحة العقلية فى جميع أنحاء العالم ، كما ندون المبادرات الرئيسية فى مجالى السياسات والأبحاث ، والتى يتوجب تنفيذها على الفور.

تم عمل كل هذه الأمور فى خطوط عريضة ، ويرجع ذلك جزئيا إلى أنه لا يمكن أن يقال أكثر من ذلك فى تقرير مختصر معد لعموم الجمهور، ولكن السبب الرئيسى لهذا التوجه يبقى الحاجة لمعرفة الكثير والكثير عن أسباب وعواقب المشكلات. ونتيجة لذلك ، فقد اقترحنا خطة للعمل والبحث يتوجب على المجتمع الدولى تنفيذها. ويجب على الحكومات ، والهيئات غير الحكومية ، ومعاهد الأبحاث ، والهيئات الدولية ، والمجتمعات المحلية ، أن تبدأ الآن عملها المشترك من أجل تطوير خطة التغيير تلك ، ومن ثم تحويلها إلى واقع ملموس. ويتمثل الشرط المسبق للفعل ، فى الحاجة لأن تمنح الحكومات الوطنية والهيئات الدولية أولوية للصحة العقلية ، والسلوكية ، والاجتماعية.

والخطـوة التالـية فـى هذا الجهد هـى الاضطلاع بسلسلة من المحاورات التى تساعد فى تطوير السـياسـات القـابلة للتطبيق ، وذات المغـزى الثـقـافى ، والتى يمكنهـا ، عند تنفيذها على المستويين الوطنى والمحلى ، أن تحسن الصحة العقلية للشعوب فى جميع أنحاء العالم.

الهوامش

(١) صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف UNICEF) ، ١٩٩٣ .

(٢) ترتكز تقديرات البنك الدولى بخصوص السنوات المفقودة من الحياة الجيدة quality life ، على مفهوم سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALY's) ، وهو مقياس لحجم الأعباء الناجمة عن أمراض محددة ؛ وهو يجمع بين تأثير كل من الوفيات المبكرة والإعاقات الناجمة عن الإصابة بتلك الأمراض. وعند الأخذ فى الاعتبار الوفاة فى سن معينة ، يتم تقييم سنوات العمر المفقودة باستخدام التوقعات المتعلقة بما تبقى من العمر بالنسبة للأفراد فى البلدان ذات المعدلات المنخفضة للوفيات ولا تتمتع سنوات العمر بنفس القيمة طوال فترة البقاء على قيد الحياة؛ ولذلك يعتبر أغلب الناس أن عاما خلال فترة العشرينات من العمر يساوى ثلاثة إلى أربعة أضعاف ما يساويه عام فى الثمانينات من العمر. ولابد من أخذ هذه التقييمات التفاضلية فى الاعتبار عند إجراء الحسابات. ومن أجل قياس الإعاقة الناتجة عن الإصابة بالأمراض، يتم تصحيح كل عام للبقاء على قيد الحياة بحسب مدة وشدة الإعاقة الموجودة. والمدة duration هى ، ببساطة، عدد السنوات (أو كسورها) التى تبقى الإعاقة خلالها. أما الشدة severity ، فتمثل الضرر المقارن الناجم عن إعاقة بعينها ، وذلك فى مقياس يتراوح بين الصفر (٠) – وهو ما يمثل حالة الصحة المثالية – وبين الرقم ١، وهو ما يمثل الوفاة. وعلى سبيل المثال، قدرت لجان الخبراء أن العمى blindness يمثل إعاقة تبلغ شدتها ٠,٦ ، كما قدروا شدة الأمراض التى تصيب الجهاز التناسلى للمرأة بنحو ٠,٢٢ . ويتم تجميع أوجه الفقد الناجمة عن كل من الوفاة والإعاقة معا. وفى حساب سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز ، تضع المعادلة فى اعتبارها العمر الذى تتم فيه الإصابة بمرض ما ، وعدد سنوات العمر المحتملة الفقد (والقيمة النسبية لها) ، والسنوات التى تتعرض للتقويض بفعل الإعاقة.

وبطبيعة الحال ، تعد هذه القياسات المتوافرة فى الوقت الحالى، مجرد قياسات خام وأولية ، لكنها توفر طريقة جديدة للتفكير بالصحة والإعاقة. ونحن ندرك الفرضيات الثقافية التى تدفع للقيام بهذه القياسات، برغم أن هذا ليس المكان المناسب لتقديم تفسير ثقافى لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز ، كمؤشر index مبنى على الظروف الاجتماعية السائدة.

(٣) المصدر (Rice et al., 1992) : فى حالة المرض العقلى، تمثل التكاليف المباشرة (لأيام الإقامة فى المستشفى ، والاستشارات الطبية، وثمن الأدوية، إلخ.) نسبة ٤٥٪ من التكلفة الإجمالية ، بينما ينتج الجزء المتبقى عن فقد الإنتاجية loss of productivity كنتيجة للمرض أو الوفاة. وفى حالة إدمان الكحول، لا تزيد التكلفة المباشرة عن ١٣٪ من القيمة الإجمالية، فى حين تزيد عن تلك النسبة التكلفة غير المباشرة نتيجة للجرائم وحوادث المركبات الآلية. وفى حالة إدمان المخدرات ، تبلغ التكلفة الناجمة عن الجرائم وحوادث المركبات الآلية ضعفى حجم التكلفة الطبية المباشرة لمعالجة مدمنى المخدرات.

(٤) المصدر : (Greenberg et al. , 1993).

(٥) المصدر : Kramer,1989

(٦) المصـــــــدر : (Lin et al.,1969;Yeh et al.,1987; Cross-National Collaborative Group,1992)

(٧) المصدر: (Cross-National Collaborative Group, 1992)

(٨) المصدر : الفصل التاسع ، والذى يوضح أن نحو ١٠٪ من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على الخامسة والستين فى البلدان المنخفضة الدخل يعانون من الخرف (dementia).

الفصل الأول

الإطار العالمى للعافية (The Global Context of Well-being)

تعد الصحة العقلية أولا وبالأساس قضية متعلقة بالرخاء الاقتصادى والسياسى. وبرغم أن الروابط القائمة بين القوى الاجتماعية واعتلال الصحة تتميز بالتعقيد والتباين ، إلا أن الفحص الدقيق يشير إلى أن قضايا الصحة العقلية ترتبط فى أغلب الأحوال بقضايا أكثر عمومية متعلقة بالرخاء الاقتصادى لأسرة أو لمجتمع ما ، وبالبيئة التى يعيش فيها الفرد ، وبأنواع الموارد التى يمكن له أن يعتمد عليها وبصورة عامة ، فإن النظم السياسية والاقتصادية الثابتة – والموجودة داخل المجتمعات وبين بعضها البعض – تسهم فى الإبقاء على الفقر ، والجوع ، واليأس بصورة دائمة. وتشعل الضغوط الديموجرافية(*) والبيئية الصراعات الإقليمية والنزاعات بين الدول وبين بعضها البعض ، مما يتسبب بدوره فى حدوث الصدمات الشخصية ، والاضطرابات المجتمعية ، والتهجير القسرى للسكان. وتتسبب مشكلات الصحة العقلية الناتجة عن الكوارث الطبيعية ، والأعواز البيئية ، والتمدن (Urbanization) ، والأمراض العضوية – بصورة عامة – فى إلحاق أذى أكبر بالمجتمعات الأكثر فقرا ، نتيجة للافتقار إلى البرامج والخدمات التى تهدف للتقليل من تلك التأثيرات. وقد يبدو للوهلة الأولى أن لتلك الضغوط والمشكلات أصولا وتواريخ محددة. لكن الدراسة المتأنية تشير إلى أنها ترتبط نمطيا بالأضرار الاقتصادية والسياسية التى تواجه المجتمعات الفقيرة فى عالم اليوم.

(*) (Demographic : الدراسة الإحصائية للسكان – المترجم) .

الهموم الاقتصادية والسياسية

كان عقد الثمانينات ، وهو مرحلة تجلت فيها الاعتمادية العالمية المشتركة (Global Interdependency) ، عقدا ضائعا بالنسبة لكثير من الدول التى تعانى من صعوبات اقتصادية. فبالرغم من الانخفاض المتواصل فى معدلات الوفيات وفى الأعباء الأخرى الناتجة عن الإصابة بالمرض ، فقد حدث تدهور ملحوظ فى الظروف المعيشية لكثير من البلدان. وفى العديد من مناطق العالم ، وخصوصا فى دول أمريكا اللاتينية ودول أفريقيا الواقعة جنوبى الصحراء الكبرى ، فقد اهترأت أوجه التقدم التى كانت قد حدثت فى نظم الرعاية الصحية والتعليم. وقد ارتفعت معدلات البطالة فى كثير من أجزاء العالم ، وكذلك فقد ارتفعت معدلات الفقر العالمية. وبحلول عام ١٩٨٩ ، كان هناك واحدا من كل خمسة من سكان العالم يعيش فى حالة من "الفقر المطلق"(Absolute Poverty) ، والتى يعرّفها البنك الدولى على أنها المعاناة من سوء التغذية لدرجة تجعل المرء غير قادر على العمل[١]. ومع نهاية عقد الثمانينات من القرن العشرين، كانت الديون قد تراكمت على الدول المنخفضة الدخل لتبلغ نحو ١,٣ ترليون دولار[ألف مليار دولار][٢]. ونتيجة للإعاقة الناتجة عن الأعباء الهائلة للديون ، فقد وجدت الكثير من الدول نفسها وقد انخفضت معدلات نموها وانخفضت مستويات معيشة مواطنيها. وفى مقابل كل ١٠٠ دولار كسبها سكان القارة الأفريقية عام ١٩٧٧ ، انخفض هذا الرقم إلى نحو ٨٢ دولارا فى العام ١٩٩٢[٣]. وقد واجهت مناطق أخرى عديدة حول العالم ، خصوصا فى أمريكا اللاتينية ، ودول الكاريبى ، والشرق الأوسط ، وشمال أفريقيا ، بدورها ، انخفاضا فى معدلات الناتج القومى للفرد منذ عام ١٩٨٠ (انظر جدول ١-١).

جدول ١-١ الناتج القومى الإجمالى للفرد ونمو الناتج القومى الإجمالى للفرد

مجموعة الدول	الناتج القومى الإجمالى للفرد عام ١٩٩١ (دولار أمريكـــى)	متوسط النمو السنوى فى معدل الناتج القومى للفرد (٪)					
		١٩٦٥-٧٣	١٩٧٣-٨٠	١٩٨٠-٩٠	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١(*)
اقتصاديات الدخل المنخفض والمتوسط	١.٠١٠	٤.٣	٢.٧	١.٢	١.١	٠.١-	٢.١-
اقتصاديات الدخل المنخفض	٣٥٠	٢.٥	٢.٦	٤.٠	٢.٩	٢.٩	٢.١
اقتصاديات الدخل المتوسط	٢.٤٨٠	-	-	٠.٥	٠.٧	١.٠-	٣.٤-
مثقلة بالديون	٢.٣٢٠	٥.٢	٣.٤	٠.٨-	٠.٦-	٥.٤-	٢.٥-
أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى(**)	٣٥٠	١.٧	٠.٩	١.٣-	٠.٥	١.٤-	٠.٦-
شرق آسيا والباسيفيكى	٦٥٠	٥.٠	٤.٨	٦.٢	٤.٥	٥.٣	٥.٠
جنوبى آسيا	٣٢٠	١.٢	١.٧	٣.٢	٢.٩	٣.٣	٠.٧-
أوروبا	٢.٦٧٠	-	-	١.٤	١.٤	٢.٧-	٩.٨-
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٢.٣٩٠	٤.٦	٢.٢	٠.٤-	١.١-	١.٤-	١.٧
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	١.٩٤٠	٦.٠	١.٧	٢.٥-	٠.٢-	٠.٢-	١.٣-
اقتصاديات الدخل المرتفع	٢٠.٥٧٠	٣.٧	٢.١	٢.٣	٢.٧	١.٦	٠.٣
أعضاء منظمة OECD(***)	٢١.٠٢٠	٣.٨	٢.١	٢.٣	٢.٧	١.٦	٠.١
العالم	٤.٠١٠	٢.٨	١.٣	١.٢	١.٦	٠.٥	٠.١-

(*) تقديرات البنك الدولى (**) باستثناء جنوب أفريقيا

(***) منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية (المصدر : معدلة من تقرير البنك الدولى ١٩٩٣أ : ١٩٩)

ولم تنل الدول الفقيرة حظا أكبر من النجاح فى عقد التسعينات من القرن العشرين. فقد كان النمو الاقتصادى فى الدول المنخفضة الدخل ضعيفا فى بداية هذا العقد ، كما أن إجمالى الناتج القومي للفرد قد انخفضت معدلاته بالفعل[٤]. وقد أدى التدهور فى المستويات المعيشية والزيادة المربكة فى عدد سكان العالم إلى حدوث حالة غير مسبوقة من الفقر المدقع. وهناك ما يزيد على البليون شخص فى هذا العالم لا يزالون يفتقرون إلى القدر الضرورى من الطعام ، والمياه النقية ، والتعليم الابتدائى ، والرعاية الصحية الأساسية.

وبرغم التباينات الاقتصادية بين دولتين مثل زامبيا والولايات المتحدة ، إلا أن أعظم صور عدم المساواة غالبا ما توجد داخل حدود دولة ما. وفى الدول التى توجد

فيها كل من النواتج القومية للفرد المنخفضة والمتوسطة ، تفصل التباينات الاقتصادية الصارخة ما بين المجموعات الاجتماعية الفقيرة وتلك الغنية. وفى البرازيل ، على سبيل المثال ، يكسب أفراد مجموعة القمة (٢٠٪) ستة وعشرين ضعفا لما يكسبه أفراد مجموعة القاع (٢٠٪ أيضا) فى المجتمع البرازيلى[٥]. وفى أغلب الحالات تقوم السياسات الاقتصادية العالمية بتعزيز الوضع الاقتصادى لأكثر السكان ثراء فى دولة ما.

ويرتبط الإنهاك الاقتصادى للدول والمجتمعات الفقيرة خلال الخمس عشرة سنة الماضية ، بعدد من القوى الاقتصادية العالمية. وقد أعاق التدهور العام فى النمو الإنتاجى للدول الصناعية ، والركود الاقتصادى الحالى فى العالم ، من نمو أسواق بعض الدول كما قلّص من المساعدات المخصصة لها. وقد أدت السياسات الاقتصادية الفاشلة فى عدد من الدول ذات الدخل المنخفض أو المتوسط ، إلى إيجاد وضع لا تستطيع معه الحكومات دفع نفقات بناء المدارس ، والعيادات الصحية ، أو تمويل أى نوع من الخدمات. وقد تسببت "أزمة الديون"(Debt crisis) العالمية فى بداية الثمانينات ، وبرامج التقشف المحلية التى اعتمدت للتغلب على الأزمة ، والارتفاع الحاد فى نسب الفائدة على الديون ، فى تقليص احتمالات النمو للعديد من الدول. وقد قوبلت وفرة الأيدى العاملة المنخفضة الأجور فى الكثير من البلدان بضعف الطلب العالمى على منتجات التصنيع ، وبانخفاض مستمر فى الأهمية النسبية لأجور العمال فى عمليات التصنيع. وقد ارتفعت الأسعار الفعلية للغذاء بصورة عامة فى آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية ، فى الوقت الذى انخفضت فيه أسعار المواد الخام بصورة حادة – وهى مصادر رئيسية للدخل فى كثير من الدول . وما بين عامى ١٩٨٠ و ١٩٨٧ على سبيل المثال ، انخفضت أسعار ٣٣ من المواد الخام بنسبة ٤٠٪ فى المتوسط[٦]. وقد أدى انخفاض الأسعار إلى انهيار شروط التجارة بين الدول الغنية وتلك الفقيرة، ونتيجة ذلك أن أصبح تدفق الموارد المالية يسير فى الاتجاه المعاكس. وحتى عام ١٩٨٤ ، كانت الدول الصناعية قد أقرضت من الأموال لنظيراتها من الدول "الأقل تقدما" ، أكثر مما أخذت منها فى صورة فوائد الديون والمدفوعات الرئيسية. وقد انعكس التدفق بعد ذلك ، وعلى ذلك فبحلول عام ١٩٨٨ ، كانت دول "الجنوب" (أمريكا اللاتينية ، ودول الكاريبى،

وأفريقيا، ووسط وجنوبى أسيا ، وجزر الباسيفيكى) تدفع لدول "الشمال" (أوربا الغربية ، وروسيا، واليابان، والولايات المتحدة ، وكندا، وأستراليا) نحو ٥٠ بليونا من الدولارات سنويا[٧].

وتواجه بعض مناطق العالم ، مثل شرق وجنوبى شرق آسيا ، هذا التحدى بنجاح تام. ويرجع ذلك، جزئيا ، إلى الاقتصاديات الصناعية الموجهة نحو التصدير ، والاستقرار السياسى ، والفرص التعليمية المهمة التى تتيحها دول هذه المنطقة (بما فيها المناطق الساحلية للصين) ، والتى تتنامى قدراتها الاقتصادية بمعدلات هى الأسرع عالميا ، كما أنها تعيد تعريف مفاهيم التنمية الدولية والعلاقات الاقتصادية العالمية. وقد نتج عن هذه الطفرة الاقتصادية تحسن مستوى الخدمات التعليمية والصحية فى تلك الدول ؛ ففى تايوان ، على سبيل المثال ، أدت تلك الطفرة إلى حدوث توسع هائل فى نظام الرعاية الصحية العقلية[٨].

وعلى العكس من ذلك ، تواجه بعض المناطق الأخرى من العالم ، مثل أقطار أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى ، والمناطق الفقيرة من أمريكا اللاتينية ، تدهورا فى المستويات المعيشية. و تتعطل قدرات تلك البلدان على تحسين اقتصادياتها نتيجة للركود الاقتصادى ، وندرة الموارد ، والاعتماد على الاقتصاديات الصناعية وبعد الصناعية (Postindustrial economies). ويتوقع أن تظل أسعار السلع قريبة من تلك الأسعار المنخفضة فى يومنا هذا ، كما أن الحاجة إلى الأيدى العاملة الرخيصة ستقل غالبا خلال السنوات القادمة. وفى حقيقة الأمر ، فإن الخدمات التصنيعية التى تمتلكها العديد من الدول الصناعية تتجه بصورة متزايدة نحو الانقراض. و يعلق "هيد" (Head) على ذلك بقوله أن كثيرا من الدول الفقيرة "محكوم عليها فى المستقبل القريب بأن تمارس أنشطة اقتصادية متقادمة وضئيلة القيمة، من ذلك النوع الذى يزداد بعدا عن اهتمامات الطلب فى السوق العالمية"[٩].

ويقلل عدم جدوى الأنشطة الاقتصادية فى الكثير من الأقطار الأفريقية من أهمية حقيقة أن تلك الدول تعتمد بصورة كبيرة على قوى "دخيلة" على اقتصادياتها :

فالعناصر الرئيسية المكونة للبيئة الاقتصادية العالمية – وهى النمو الصناعى للدول ، والتجارة العالمية ، والمعدلات الفعلية لفوائد الديون، وأسعار السلع – تؤثر بصورة كبيرة على الدول الفقيرة ، لكنها لا تتأثر بتلك الدول كثيرا(١٠). ويمكن لتلك الدول أن تتدبر بنجاح كثير من المخاطرات المالية الرابحة ، من أسعار النفط إلى التخلف عن تسديد الديون إلى مقايضات "الديون المستحقة للبيئة" (Debt-for-environment) ، لكنها غير قادرة عموما على تدمير الاقتصاديات الأغنى بدون التسبب فى حدوث أضرار بليغة لمصالحها الخاصة(١١). ومن المثير للسخرية هو أنه ، وبصورة عامة ، عندما لا تكون قرارات الإنتاج المحلية معتمدة على الأسواق العالمية ، تزدهر الاقتصاديات المحلية ؛ لكن عندما تكون تلك القرارات معتمدة على الأسواق العالمية ، فقد تكون لها آثار مدمرة على المنتجين. ونتيجة لافتقارها للنفوذ السياسى أو الاقتصادى ، فقد تقلصت الدول الفقيرة ، وبصورة كبيرة ، إلى مجرد دول تتوسل من أجل الحصول على المساعدة.

ويزداد الأمر صعوبة بالنسبة لتلك الدول لاستبدال مصادرها التقليدية للتمويل الخارجى. وأثناء فترة الحرب الباردة ، كان من الممكن لأغلب الدول أن تعتمد على إمكانية حصولها على الدعم المالى أو العسكرى من الولايات المتحدة أو من الاتحاد السوفيتى إذا اعتبر هذا الدعم مفيدا للمصالح الأمنية لأى من القوتين العظميين. ومع ذلك ، فلم تعد الولايات المتحدة تميل إلى تقوية اقتصاد أية دولة تبعد عن المنطقة الجغرافية المحيطة بها ، كما أن الاتحاد السوفيتى السابق يفتقر إلى الموارد المالية التى تمكنه من ذلك.وبرغم أن الولايات المتحدة لا تزال مهتمة تماما بعدم الاستقرار السياسى فى أمريكا الوسطى ، وبرغم أن دول الاتحاد الأوربى مجبرة ، بفعل مصالحها الذاتية الخاصة ، على مساعدة تحولات السوق فى دول أوربا الشرقية ،فقد فقدت أغلب دول أفريقيا وبعض دول جنوبى آسيا ذلك الدعم الذى كانت تحصل عليه من القوى العظمى ، باستثناء المساعدات الإنسانية الأساسية. وحتى بالنسبة لتلك المساعدات ، يحذرنا البنك الدولى بأن" الدول المانحة تجد أنه ليست هناك فائدة تذكر حاليا من تجاهل سوء استخدام وتوظيف تلك المساعدات من قبل الدول المتلقية لها "(١٢).

وليس الحذر سيئا فى حد ذاته. وتشير الكثير من الدول التى أظهرت قدرتها على تنفيذ إجراءات اقتصادية إصلاحية (مثل المكسيك والأرجنتين) ، إلى الحاجة إلى إيجاد إجراءات إصلاحية فى الآلة الاقتصادية والسياسية لغيرهما من الدول الأخرى. ويصاحب الإصلاح أمل فى تجدد النمو وتنامى الاستثمارات. وهناك ،فى حقيقة الأمر ، دلائل تشير إلى أن الاستثمارات الرأسمالية فى الدول ذات الدخول المنخفضة والمتوسطة قد بدأت فى الازدياد بصورة كبيرة ، بحيث بدأت الاستثمارات تتوجه إلى الصناعات الخاصة أكثر مما تتوجه إلى المشروعات الحكومية[١٣].

وبرغم أن للحاجة لازدهار اقتصادى متواصل أهمية حيوية بالنسبة للرفاهية ، إلا أن معظم الدول ، حتى تلك المتلقية للمساعدات الأجنبية ، لم تكن قادرة على تقليل معدلات الفقر بصورة فعالة ، نتيجة لعدم الاستقرار الداخلى وللتحكم غير الكافى فى الموارد. وقد وجدت دراسات عديدة أن أوجه القصور الاقتصادى تعوق الدول الفقيرة بصورة أكبر مما تفعل بغيرها من الدول الأخرى، وأن لتلك الأوجه تأثيرا مضخما على المواطنين الفقراء داخل تلك الدول[١٤]. وعلى سبيل المثال، فقد حدث أكبر انخفاض فى الدخل فى أمريكا اللاتينية فى عقد الثمانينات داخل القطاعات غير الرسمية فى المدن ، حيث تتركز الأسر التى تعانى من الفقر المدقع[١٥]. ويتأثر الأطفال والنساء بصورة خاصة بالانكماش الاقتصادى وما يصاحبه من انخفاض فى متوسط دخل الفرد[١٦]. وقد تعرض الفقراء أيضا ، وبصورة مبالغ فيها ، للأذى بفعل إجراءات "التكيف البنيوى" (Structural adjustment) التى اتخذتها الدول التى أثقلتها أعباء الديون خلال الثمانينات ؛ وتشير الدراسات المسحية إلى حدوث تدهور فى مستويات الصحة العامة ، والتعليم ، والظروف المعيشية ، منذ بداية اعتماد هذه الإجراءات[١٧]. وتهتم الحكومات ، والبنوك الدولية ، والمنظمات غير الحكومية بهذا الموقف كثيرا. ونتيجة لصعوبة تحسين الأوضاع الاقتصادية لمجتمع ما من دون إلحاق الأذى بأكثر أفراده فقرا ، تحاول تلك الجهات إقامة البرامج التى تعزز التنمية الاقتصادية بدون التسبب فى حدوث المزيد من الفقر والمعاناة.

ويختلف الإطار السياسى العام الذى تنفذ هذه الجهود من خلاله كثيرا عما كان الحال عليه قبل عشرة سنوات من الآن. ففى عالم اليوم ، تولى السياسات والمناورات السياسية أهمية أقل للتوتر الذى كان قائما بين الشيوعية وبين الرأسمالية (والتداعيات الاقتصادية والسياسية العديدة التى نتجت عن تلك التوترات) ، مما تولى تلك المجموعة المعقدة من الروابط الاقتصادية والسياسية والتوترات القائمة بين دول الشمال الغنية وتلك الفقيرة فى الجنوب. وقد ظهرت أهمية هذا المحور السياسى الجديد أوضح ما يكون فيما عرف باسم "قمة الأرض" التى عقدت فى مدينة ريودى جاينرو فى صيف عام ١٩٩٢، حيث التقى المشاركون فى القمة لوضع سياسة دولية صلبة لمواجهة القضايا البيئية الملحة. وقد كشفت القمة عن المشكلات التى يتوجب مواجهتها أثناء إعداد السياسات الدولية خلال القرن المقبل :مثل ظهور قوى اقتصادية إقليمية عظمى (أوروبا الغربية و سواحل الباسيفيكى ، وأمريكا الشمالية) تحدد الأنشطة الاقتصادية لغيرها من القوى الأضعف فى منطقتها ، والاعتمادية المتبادلة وعدم المساواة المستمر بين الدول الغنية وتلك الفقيرة ، والحاجة إلى إيجاد علاقات فاعلة بين الدول المختلفة ، تتجاوز حاجات ورخاء حكومات بعينها.

وتحلق الكثير من القضايا المطروحة على جدول الأعمال العالمى اليوم ، عابرة للحدود وخارجة عن سيطرة الدول بصورة كبيرة. وتقلل هذه المشكلات ، بالإضافة إلى الأهمية المتنامية للأسواق الاقتصادية العالمية والمؤسسات والاتصالات المتعددة الجنسيات ، من استقلالية الدولة القومية (Nation-state) كوحدة منفصلة ذات حدود وسيادة. وقد أصبحت الدول أكثر عرضة للاختراق ، كما تعرضت التبعات العالمية للتحول بفعل الأمواج الاقتصادية ، كما باتت الحركات القومية فى أوربا الشرقية وأفريقيا تهدد الحدود التقليدية (والعشوائية فى كثير من الأحيان) التى تفصل بين الدول القومية. ويزداد التفارق التاريخى لمفهوم الدولة القومية كما عرفناه بصورة مطردة ، فقد أشارت قمة ريو إلى الحاجة إلى إيجاد سياسات مستندة إلى الاهتمامات التى تتخطى الحدود القومية ، وإلى الاعتمادية العالمية المتبادلة (Global interdependence).

الفقر ، والجوع ، وسوء التغذية

باعتبار أن نحو خمس سكان الأرض – وهو ما يقدر ببليون نسمة – يعيشون فى فقر مدقع ، ينذر الركود الاقتصادى العالمى الحالى ، والذى من المتوقع أن يستمر ، بكثير من الشر. فالفقر الذى يبلغ مثل هذا الحجم يلقى بتبعات وخيمة على رفاهية ضحاياه. فهو يخلق الظروف المؤدية لحدوث سوء التغذية (Malnutrition) ، والمرض ، والصراعات الاجتماعية ، والاضطرابات السياسية ، واليأس.

وعلى الرغم من تزايد فقر سكان المدن ، إلا أن الفقراء من سكان الريف لا يزالون يمثلون نحو ٨٠٪ من العدد الإجمالى للفقراء فى العالم[١٨]. ويعيش العدد الأكبر من هؤلاء فى قارة آسيا (نحو ٦٣٣ مليون نسمة) ، يليهم نحو ٢٠٤ ملايين فى أقطار أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى ، و٧٦ مليونا فى أمريكا اللاتينية ودول الكاريبى ، بينما تعيش البقية الباقية فى أقطار الشرق الأدنى وشمال أفريقيا. وتضم المجموعات السكانية الأكثر تعرضا للفقر الريفى (Rural poverty) الفلاحين من صغار ملاك الأراضى ، وأولئك الذين لا يمتلكون أراض خاصة بهم ، والبدو الرعاة ، والجماعات العرقية ، وصغار الصيادين ، ومجموعات اللاجئين المهجرين ، والأسر التى تترأسها النساء. ويواجه فقراء الريف مشكلات صعوبة الوصول إلى الوقود ، وضعف البنية التحتية ، وفترات البطالة الموسمية ، وانعدام فرص التعليم والتدريب المهنى ، والعزلة. ويصبح أولئك عرضة للاستغلال ، والمرض ، والكوارث الطبيعية ، والقحط ، والفترات الحادة من نقص الغذاء فى بعض المناطق ، والمجاعة. ولأنهم يفتقرون إلى مقومات الإنتاج ويعانون من الضعف الجسدى ومن الأمراض ، والضغوط السكانية ، والعجز ، ففى الغالب الأعم سيبقى الأفراد الفقراء على فقرهم ، كما هو الحال بالنسبة للدول الفقيرة.

ويترجم الفقر إلى جوع وسوء تغذية. وبرغم أن مزارع آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية تنتج أكثر من نصف الحبوب التى ينتجها العالم ، إلا أن هناك نحو نصف بليون إنسان ممن يعيشون فى هذه المناطق يفتقرون إلى الغذاء الكافى لإطعامهم ، وبذلك يعيشون بأعواز مزمنة فى مصادر الطاقة ؛ بينما يعيش نصف بليون آخرين فى خطر مستمر للتعرض للجوع[١٩]. ويموت نحو ١٥ مليون إنسان سنويا بفعل الجوع ،

كما يؤثر سوء التغذية على حياة نحو ٢٤٪ من سكان الأرض بصورة يومية[٢٠]. وتعيش الغالبية العظمى من الجياع فى المناطق الريفية ؛ والكثير من أولئك هم من الأطفال . ويتفشى سوء التغذية الناتج عن نقص مدخولات البروتين والطاقة (Protein-energy malnutrition) بين الأطفال قبل سن المدرسة فى دول مثل بنجلادش ، وبوتان ، وبتسوانا ، ونيبال ، وزامبيا. وفى نيبال ، على سبيل المثال ، يعانى نحو ٥٠ إلى ٧٥٪ من الأطفال دون سن الخامسة من إحدى درجات عوَز البروتين أو الطاقة[٢١]. ويقدر البنك الدولى أن الأذى المباشر وغير المباشر نتيجة لسوء التغذية يمثل من ٢٠٪-٢٥٪ على الأقل من مجموع الأمراض التى تصيب الأطفال ، و من ٤٪-٥٪ على الأقل من تلك التى تصيب عموم السكان فى العالم[٢٢].

وينتج بعض الجوع وسوء التغذية عن المجاعات ، والتى تنتج بصورة نمطية عن الفقر ، وعدم امتلاك الأرض ، والارتفاعات الهائلة المفاجئة فى أسعار الغذاء ، وليس عن نقص الغذاء. وكما يعلق العالم الاقتصادى "أمارتيا سين" (Sen) ، ففقدان السكان للقدرة على الحصول على الغذاء "المخول لهم" هو المسئول عن أغلب حالات المجاعة ، وليس النقص العام فى كميات الغذاء المحتمل توافرها[٢٣]. وتصيب المجاعات بالدمار كل من الأوجه الإنسانية ، والاجتماعية ، والاقتصادية لرفاهية الدول الفقيرة ، لكن الأشد فتكا وتدميرا هو الآثار الناجمة عن الجوع الذى يتعرض له الناس بصورة يومية.ويمكن للفترات الطويلة من الجوع وسوء التغذية أن تتسبب فى حدوث أعواز مزمنة فى الطاقة والبروتين ، وفى الخمول ، والمرض ، والتعطل الإدراكى (Cognitive impairment) ، وإعاقة النمو الطبيعى للأطفال ، والإجهاد العصبى (الكَرْب Stress) ، وإفساد الأخلاق.

ويمكن لسوء التغذية أثناء الحمل أن يتسبب فى حدوث الشذوذات الولادية (Congenital abnormalities) التى تؤثر بصورة مباشرة على الجهاز العصبى ، أو أن تتسبب فى حدوث شذوذات جمالية (Cosmetic) واضحة للعيان و/أو الإعاقات الجسدية. ويمكن لنقص اليود ، وهو أحد أكثر الأعواز الصغرى (Microdeficiencies) انتشارا فى العالم ، لو حدث أثناء الحمل ، أن يتسبب فى حدوث الفدامة (Cretinism) ، وهى حالة مرضية يعانى فيها الطفل حديث الولادة من تخلف عقلى غير مرتجع وتعطل

الوظائف العصبية. ويمكن لسوء التغذية المبكر أن يتسبب فى حدوث نقص الانتباه ، وهو ما قد يسهم فى حدوث المشكلات السلوكية والتحصيل المدرسى فى مرحلة تالية من العمر. ويمكن لفقر الدم بنقص الحديد (Iron-deficiency anemia) ، على سبيل المثال ، أن يؤثر على العمليات الإدراكية والسلوكية عن طريق إنقاص قدرة الطفل على الاهتمام بالبيئة المحيطة به أو بها ، والذى يمكن أن يؤدى إلى تعرض الطفل لنوع من الانعزالية الوظيفية (Functional deficiency). ويمكن لسوء التغذية أيضا أن يتسبب فى تفاقم الآثار الطبية لإدمان المخدرات.

وتتعقد فينومينولوجية (ظواهرية Phenomenology) الجوع بفعل الحقائق السياسية والاجتماعية المحلية وتشرح عالمة الأنثروبولوجيا الأمريكية "نانسى شيبر-هيوز"(Scheper-Huges) ، فى دراستها الإثنوغرافية (الأنثروبولوجية الوصفية Eth-nographic) لإحدى مدن الأكواخ (favela) البرازيلية ، كيف يستخدم التعريف المحلى لما يسمى nervos أو " مرض الأعصاب" ، لترجمة الضيق الجسدى والنفسى المصاحب للشعور المزمن بالجوع(٢٤). ويعالج الأطباء المحليون أعراض "مرض الأعصاب" بالعقاقير المعدّلة للحالة الذهنية (Psychotropic) وغيرها من الأدوية ، لكنهم يفشلون فى التعامل مع المصادر المسببة للمشكلة : وهى الشعور المزمن بالجوع ، والناتج عن الفقر المدقع.

ويحدث الجوع المزمن فى إطار قدر هائل من الشك تجاه المستقبل. فتتعرض للخطر حياة المرء نفسها، أو حياة أفراد الأسرة أو الجيران ، وهى حقيقة قد تسبب الإجهاد العصبى المتواصل. وعندما يتهدد الموت حياة قطاعات عريضة من السكان نتيجة للمجاعة والحرمان ، فقد يتسبب ذلك فى حدوث التشريد وحركات الهجرة الجماعية،والعنف الجماعى، وانهيار البنى الأخلاقية ، والاجتماعية ، والاقتصادية المحلية. وحيثما يصبح الجوع المزمن متوطنا (Endemic) ، يمكن أن تفسد الأخلاق وتضعف المعنويات(٢٥). تقول "مانجو" ، وهى امرأة نيبالية فى العشرين من عمرها تعمل كبغى فى بومباى :"إنك لن تحصل على ما يكفى لشراء قوت يومك فى نيبال ، حتى لو عملت لمدة أربعة وعشرين ساعة يوميا. يمكن للإنسان أن يتحمل أى شىء فيما عدا الجوع. وإذا كنت رجلا ، ربما اضطررت للقتل لكى أملأ معدتى. ولكننى اضطررت للعمل كبغى لأننى امرأة"(٢٦).

إطار ١-١: العمل القسرى

من المعتقد لدى غالبية الناس أن الرق (Slavery) قد تم محوه من على وجه الأرض قبل عقود عدة من الزمن. ومع ذلك ، فتشير تقارير المنظمات الدولية المناهضة للرق إلى أنه ربما كان هناك مالا يقل عن مائتى مليون إنسان ممن يعملون تحت ظروف العمل القسرى (السُخرة Forced Labor)[٢٧]. ويمثل الأطفال نحو نصف ذلك العدد. ويعتبر بعض أولئك عبيدا مملوكين ، ينظر إليهم فى بعض البلدان – مثل موريتانيا– كقطع من المتاع الذى يمكن شراؤه ، وبيعه ، واستخدامه بالطريقة التى يراها "المالكون" مناسبة.ويعتبر البعض الآخر ، فى مناطق مثل هايتى وجمهورية الدومينكان ، كعمال للسخرة ، يجبرون على العمل فى ظروف بائسة مقابل أجور ثابتة. وهناك آخرون أيضا ممن يقعون أسرى ضمن ممارسة "عبودية الدين" (Debt bondage) ، حيث يقوم الدائن بلا ضمير بتعجيز المدين عن سداد دينه ، وبذلك يحتفظ بخدمات المدين أو أفراد أسرته لفترة غير محدودة.

وفى الهند ، على سبيل المثال، كثيرا ما يتم تعيين القرويين للعمل تحت إغراء الحصول على وظائف مجزية. وبمجرد وصولهم إلى مقر عملهم الجديد ، يتعين على هؤلاء اقتراض بعض المال من أجل الحصول على الطعام ، ودفع قيمة الإيجار ، وشراء الأدوات التى قد يحتاجون إليها فى أعمالهم. وبذلك فهم يقعون فى شرك الدين منذ البداية. لكن الأجور ليست جيدة كما كان متوقعا ، فهى تكفى بالكاد لشراء الطعام ، مما يجعل من المستحيل تسديد الديون المستحقة عليهم. ومما يزيد الطين بلة ، أن يفرض صاحب العمل فوائد مرتفعة على الديون ، كما قد يزيد الدين بالغش– عن طريق تزوير الوثائق المتعلقة بالقرض. ولا يسمح للعمال بالمغادرة قبل تسديد الدين ، ويمكن أن يتعرضوا للقتل عند محاولتهم الهرب. وبالإضافة لذلك ، فهم يتعرضون للضرب المبرح ، والتعذيب ، والاغتصاب إذا لم يُرضوا صاحب العمل. وعند وفاة أحد عمال السخرة البالغين ، يرث أطفاله دينه ولذلك يتوجب عليهم العمل من أجل تسديده.

ويعد عمال السخرة من أشد الناس فقرا فى بلادهم ؛ فهم مبتلون بالجوع وسوء التغذية. وكثيرا ما يعملون لمدة اثنتى عشرة ساعة يوميا فى أعمال تتطلب مجهودا بدنيا ، تحت التهديد المستمر باستخدام العنف ضدهم. ويعيش كثيرون منهم فى مساكن مزدحمة تفتقر إلى المتطلبات الصحية ، مما يسهل انتشار الأمراض بينهم. وهم يتعرضون لقدر هائل من الضغط العصبى ، والذى يرتبط بقوة بالاضطرابات السلوكية والعاطفية. وبالإضافة إلى ذلك ،

يتسبب تمزق الروابط الأسرية والقيم التقليدية ، فى تقويض الدعامات الاجتماعية المهمة للاستقرار. وبهذا يكون عمال السخرة وأفراد عائلاتهم معرضين بصورة كبيرة للإصابة بالاضطرابات العقلية والأمراض الجسدية. ولا يمتلك أولئك سبيلا يسيرا للوصول إلى الطبيب ، كما أنهم وبصورة عامة يكونون غير قادرين على دفع مقابل خدماته أو حتى شراء الأدوية التى قد يوصى بها. وبالفعل ، فقد يكون لدى عمال السخرة واحدة من أعلى معدلات الإصابة بالمرض والوفيات فى العالم.

وتقدر المنظمة الدولية لمناهضة الرق (Anti-slavery International) أن هناك ما يزيد على ٣٥ مليونا من عمال السخرة فى العالم حاليا ، يتوزعون فى مناطق شديدة التباين مثل هايتى ، وجنوب أفريقيا ، والبرازيل ، وشيلى ، وبوليفيا، وجمهورية الدومنيكان ، وباكستان، والولايات المتحدة. وفى أغلب تلك البلدان ، بما فيها الهند، تعد عبودية الدين غير قانونية. ومع ذلك ، وبرغم الحظر الرسمى ، تستمر تلك الممارسات فى الانتشار.

ومن بين أسباب بقاء "عبودية الدين" تلك ، أنها من الممارسات المربحة التى توفر لأصحاب الأعمال أيد عاملة رخيصة. ومن الأسباب الأخرى وجود ملايين البشر الذين يعيشون تحت ظروف الفقر المدقع ، مما يجعلهم أكثر عوَزا من أن يرفضوا عرضا قد يساعدهم فى توفير الغذاء - حتى ولو كان عرضا قد يعرضهم فيما بعد للوقوع فى براثن عبودية الدين. وهناك القليل من البدائل بالنسبة لأولئك الأميين ، الذين انخرطوا فى العمل بدوام كامل قبل أن يتمكنوا من إتمام السنوات القليلة الأولى من الدراسة.

وقد تم اقتراح العديد من الحلول لإنهاء ممارسة عبودية الدين وغيرها من صور العمل القسرى. وإذا أرادت الحكومات الحد من تلك الممارسات ، فسيتعين عليها تعزيز القوانين المناهضة للرق ووضع عقوبات صارمة لمن يخرقونها. وسيتوجب على الحكومات أيضا أن تساعد الفقراء من خلال توفير المساعدات الزراعية والقروض المنخفضة الفوائد وبالإضافة إلى ذلك محاولة إنعاش الاقتصاد المحلى. وستحتاج الحكومات أيضا إلى تقديم الإعانات المجانية وتوفير التعليم الإلزامى لجميع الأطفال ، مع توجيه اهتمام خاص لأطفال أولئك الذين استعبدتهم مثل تلك الممارسات. وفى النهاية ، يمكن للمجتمع الدولى أن يساعد فى الحد من ممارسات الاستعباد والعمل القسرى من خلال رفض شراء المنتجات التى تصنعها الشركات التى تعتمد على مثل تلك الممارسات فى إنتاج بضائعها[٢٨].

التمدن والتحول الاجتماعي

(Urbanization and Social Change)

يعيش سبعة وتسعون في المائة من سكان أديس أبابا في فقر مدقع ؛ بينما يعيش نحو نصف سكان الدول "النامية" في مستوى الفقر المدقع[٢٩]. وبرغم أن الفقر ، كما يقاس بانخفاض مستوى الدخل ، يميل لأن يصبح أسوأ ما يكون في المناطق الريفية ، إلا أن سكان المدينة الفقراء يعانون أكثر مما يعانيه سكان المناطق الريفية من بعض الجوانب المعينة للفقر.

وقد ارتفع عدد الناس الذين يسكنون المناطق الحضرية ، كما ارتفعت معدلات الفقر في المدن بمعدلات غير مسبوقة. وكنتيجة لمعدلات الخصوبة المرتفعة ، وانخفاض معدلات الوفيات ، والهجرة السريعة إلى المدن ، فقد تحولت أغلب بلدان آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية، ودول الباسيفيكي من المجتمعات الريفية إلى تلك الحضرية في خلال عقدين أو ثلاثة عقود ، مما يشير إلى معدلات مذهلة للتحول الاجتماعي. وما بين عامي ١٩٥٠ و ١٩٨٥ ، تضاعفت نسبة سكان المناطق الحضرية في تلك القارات. وبحلول عام ٢٠٠٠، سيكون ما يقرب من نصف سكان تلك المناطق مقيمين في المناطق الحضرية ، كما ستكون هناك ٥٥ من أكبر ٦٦ مدينة في العالم- والتي يزيد عدد سكان كل منها عن أربعة ملايين نسمة – واقعة في تلك المناطق. ويعيش في مثل تلك المدن ما يقرب من ١٠٠ مليون مشرد بالغ ، وما يقرب من نحو ٨٠ مليون مشرد من الأطفال ، والذين ينام الكثير منهم في الشوارع والطرقات. وخلال عقد التسعينات وحده ، سيزيد عدد سكان المدن في البلدان الفقيرة بمعدلات تراكمية تبلغ نحو ١٦٠.٠٠٠ فرد يوميا ، حيث ينتج القسم الأكبر من تلك الزيادة عن زيادة السكان – وليس عن الهجرة من الريف إلى

الحضر. وتهيمن الكثير من المدن الكبرى (Megacities) على ذلك المنظر الحضرى. وقد بلغ عدد سكان مدينة مكسيكو سيتى ، على سبيل المثال ، نحو ٣,١ مليون نسمة فى عام ١٩٥٠، لكن عدد السكان سيبلغ نحو ٢٤ مليون نسمة فى نهاية هذا العقد (وهو ما يوازى جميع سكان المكسيك فى عام ١٩٥٠). ومن المتوقع أن يصل عدد سكان مدينة ساو باولو البرازيلية ، والذى بلغ ٢,٨ ملايين نسمة فى عام ١٩٥٠ ، إلى نفس الرقم بحلول عام ٢٠٠٠ . وهناك فى الوقت الحاضر ١٥٠ مدينة فى العالم النامى يبلغ عدد سكانها المليون نسمة أو يزيدون (كان عدد تلك المدن فى عام ١٩٥٠ لا يزيد عن ٣١) ، كما يتوقع أن يقفز هذا الرقم فى عام ٢٠٠٠ إلى ٢٧٩ مدينة.

وباعتبار أن حركة التمدن فى كل من أمريكا اللاتينية ، وآسيا ، وأفريقيا ، وبلدان الباسيفيكى قد حدثت عموما بدون أية طفرات فى الازدهار الصناعى، فهناك قدر لا يستهان به من الفقر الحضرى فى المدن الكبرى بتلك المناطق. ويعيش ما يقرب من نصف سكان تلك المدن فى مناطق عشوائية وغير قانونية ، فى مستويات متدنية من الظروف المعيشية والبيئية. ويواجه سكان "مدن الفقراء" (Slums) أو "مدن الأكواخ " (Shantytowns) توقعات غير مضمونة فيما يتعلق بالتوظيف ، بالإضافة إلى التهديد بالطرد ، وانعدام المتطلبات من النظافة ، ومياه الشرب النقية ، والحد الأدنى من الظروف الصحية. ويعمل الكثير منهم فى القطاعات غير الرسمية من الاقتصاديات الحضرية ، كما أن ما يقرب من عُشر القوى العاملة فى الكثير من المدن قد عانى من البطالة فى وقت من الأوقات. ولاشك فى أن نسبة من يعملون فى وظائف أدنى من طاقاتهم (Underemployed) تزيد على ذلك بكثير.

وليست هناك حاجة فى أن يترجم نقص الإمكانات المالية ، وضعف البنية التحتية ، والخدمات الأساسية إلى اللامبالاة ، وغياب القيم ، أو التفكك الاجتماعى. ويتم تنظيم الكثير من المجتمعات الحضرية الفقيرة والربط بينها ، بطرق معقدة ، وبين الاقتصاد السياسى للبيئة الحضرية الأعم. ويمكن أن ننظر إلى الطرق التى تتباين بها المجتمعات الحضرية الفقيرة فى السبل التى تواجه بها تلك المجتمعات ظروف الازدحام والتكدس التى يعيش فيها سكانها وقد نحت الأبحاث المبكرة نحو إعلان أن ظروف التكدس المعيشى تؤدى فى جميع الحالات إلى التوتر العصبى والاضطرابات العقلية . وتقترح

الدراسات الحديثة ، على العكس من ذلك ، أن عددا كبيرا من العوامل الثقافية والاجتماعية تتدخل فى الطريقة التى تتعامل بها المجتمعات المختلفة مع ظروف التكدس المعيشية. ففى بعض المجتمعات ، على سبيل المثال ، لا تترجم المنازل المكتظة بسكانها بالضرورة إلى ظروف تصيب السكان بالكَرْب لأن تلك الأسر (وخصوصا الأطفال) تقضى أغلب وقتها خارج المنزل. وما يبدو أنه أكثر الأمور أهمية هو نوعية الحياة فى المناطق الحضرية ، والتى تعتمد فى كثير من الأحيان على قوة الروابط الاجتماعية والأسرية : فيتعرض الأطفال الذين يعيشون فى المناطق الحضرية ، إلى حد ما ،لخطر التهميش (Marginalization) ، كما يتعرض عمال المصانع من الذكور العزاب الذين يقضون لياليهم فيما يسمى "فنادق النوم" ، لخطر العزلة الاجتماعية.

ويكون سكان المناطق الحضرية الفقراء ، وبصورة عامة ، أقل صحة وعافية من أولئك الذين يعيشون فى ظروف أكثر رخاء. وقد حاول الباحثون على مر السنين أن يحددوا تلك الفروق الموجودة بين الريف والحضر فى صورة معدلات الإصابة بالأمراض العقلية ، بالإضافة إلى الأسباب المؤدية لحدوث تلك الفروق. ولا يمكن اعتبار أى من أماكن الإقامة الريفية أو الحضرية وحدها كدالة تنبؤية (Predictor) موثوقة على الصحة العقلية ، لكنه من الممكن اعتبار الفقر كذلك.

وقد حاولت الأبحاث الحديثة التى أجريت فى البرازيل ، على سبيل المثال، أن تفسر الروابط الموجودة بين محل الإقامة ، والوضع الاقتصادى ، والصحة العقلية. وقد وجد مارى (Mari) ، وقد أجرى أبحاثه فى مدينة ساو باولو البرازيلية ، حيث تتعايش مناطق من الدخول المرتفعة والحداثة ، مع مدن الأكواخ والخرائب ، أن أفراد الأسر الفقيرة التى تعيش فى مساكن عشوائية ، قد أظهروا قدرا من المراضة النفسية (Psychological morbidity) ، أكبر من نظرائهم الذين يعيشون فى ظروف أفضل[٣٠]. أما سانتانا (Santana) ، فقد وجد أنه كلما قل الدخل الذى يحصل عليه سكان مقاطعة سلفادور الفقيرة فى البرازيل ، كلما زادت معدلات تفشى المراضة النفسية ، خصوصا فيما يتعلق بالاضطرابات العُصابية (Neurotic) والنفسية الجسمية (Psychosomatic)[٣١].

وتشير تلك الدراسات إلى أن الفقر يعد واحدا من أهم مؤشرات المرض العقلى. وبالفعل ، فقد أشارت الأبحاث الحديثة إلى أن الوضع الاقتصادى المتغير للفرد يمكن اعتباره دالة أفضل على الرفاهية (Well-being) ، من أى من التحولات الاجتماعية التى قد يتعرض لها ذلك الفرد. وقد خلصت الدراسات السابقة إلى نظرية مفادها أن صور التحول الاجتماعى أو التبادل الثقافى (التثاقف Acculturation) ، كما تستحضرها الهجرة من الريف إلى الحضر ، تؤدى إلى تزايد الاضطرابات العقلية. وبرغم أن مواقف الاضطراب الثقافى ، أو التحول الاجتماعى السريع واللاإرادى (كما يواجهه اللاجئون) يظهر وجود مثل هذا الارتباط ، إلا أن البيانات الأكثر حداثة تشير إلى أن الوضع الوظيفى يمثل مؤشرا على الرفاهية أكثر أهمية من التحولات السكنية (Residential) التى يتضمنها الانتقال من مكان لآخر. وقد وجد الطبيب النفسانى البرازيلى ناومار ألميدا- فيلهو (Almeida-Filho) ، على سبيل المثال ، فى دراسات عديدة أجراها فى منطقة باهيا البرازيلية ، أن الوضع الوظيفى يمثل مؤشرا أكثر وضوحا للمراضة النفسية عن الوضع السكنى(٣٢). وبرغم أن المهاجرين كانوا أكثر اضطرابا من غير المهاجرين فى العام ١٩٨٢ ، فقد كان سبب اضطرابهم النفسى متعلقا أكثر بالافتقار إلى عمل ثابت ، منه بالمكان الذى يعيشون فيه. ويتعرض الأفراد "المهجرون" (Displaced) ، والذين ينتمون إلى جيش العمالة الحضرية الاحتياطى ، للإصابة بمعدلات للكَرْب أعلى من تلك التى يتعرض لها أولئك الذين يتمتعون بوظائف ثابتة فى سوق العمل الرسمية. ومع ذلك ، فقد انقلب هذا الوضع فى عام ١٩٩٣ ، على الأقل بالنسبة للرجال الذين ينتمون إلى الطبقات الدنيا : إذ يعانى الرجال الذين يعملون بوظائف فى قطاع الاقتصاد الرسمى من الاضطرابات العُصابية أكثر ممن يعملون فى القطاع غير الرسمى. وتقول نظرية ألميدا- فيلهو بأن التغيرات الهائلة فى الحياة الاقتصادية البرازيلية ، والتى حدثت فى الفترة التى تخللت هاتين الدراستين ، قد تسببت فى حدوث هذا التحول. وفى الوقت الذى كان فيه القطاع الرسمى يمثل فى أوائل الثمانينات مكانا للعمل أكثر أمانا وازدهارا ، بمنظور ظروف الاستغلال والفقر التى كانت تتعرض لها قوة العمالة المعطلة فى ذلك الوقت ، تغير الوضع بعد عقد من الزمن ، إذ أصبح القطاع الرسمى يقدم مرتبات وفرصا أقل ،كما كان واقعا تحت

السيطرة والضغوط الاجتماعية بصورة أكبر ، مقارنة بكون العامل جزءا من القطاع غير الرسمى ، والأكثر دينامية ، من الاقتصاد. ويقدم القطاع غير الرسمى فى الوقت الحاضر وظيفة (Function) "الحماية" التى لم يعد القطاع الرسمى قادرا على توفيرها.

وبذلك تبدو الوظيفة والدخل ، بالإضافة إلى العمر ، والجنس ، ومستوى التعليم ، والتحركية الاجتماعية ، والعرقية (Ethnicity) ، أكثر أهمية للاضطرابات النفسية من كون المرء يعيش فى منطقة ريفية أو حضرية[٣٣]. وبالفعل ، فقد أظهرت الدراسات الحديثة للمراضة النفسية فى المناطق الحضرية ، أن بعض المجموعات السكانية التى تعيش فى مثل تلك الظروف – مثل فقراء المدن ، والعمال الذين يتعرضون للاستغلال ، والرجال والنساء غير المتعلمين ، والمشردين ، وأطفال الشوارع ، وكبار السن – يتعرضون للخطر أكثر من غيرهم. وتتعرض النساء بصورة خاصة للخطر ؛ فقد أظهرت دراسات عديدة أن النساء فى المناطق الحضرية يعانين نمطيا قدرا أكبر من الاضطرابات العصبية مما يعانيه الرجال[٣٤]. وباعتبار أن النساء يعملن لساعات طويلة بأجور زهيدة ، فيما يترأسن غالبية الأسر التى تعيش فى الأحياء الفقيرة ، يبدو أن الصحة العقلية المتدنية للنساء مرتبطة بصورة وثيقة بوضعهن الاجتماعى والاقتصادى. وبذلك فإن "تأنيث الفقر" (Feminization of poverty) الذى يجتاح العالم حاليا ، سيؤدى فى الغالب إلى تفشى المزيد من الاضطرابات النفسية بين النساء (انظر الفصل الثامن).

وبرغم أن الفقر مرتبط باضطراب الصحة العقلية ، إلا أن الازدهار الاقتصادى لا يترجم بصورة مباشرة إلى عافية فردية أو اجتماعية. وتشير البيانات الوبائية (Epi- demiological) عن المراهقين فى أوربا الغربية والولايات المتحدة خلال الخمسين عاما الماضية إلى حدوث زيادة فى الاضطرابات النفسية (السلوك المعادى للمجتمع ، وإدمان الكحول والمخدرات ، والاكتئاب ، والانتحار ، والاضطرابات التغذوية) خلال تلك الفترة ذاتها (١٩٥٠-١٩٧٣) التى كانت تتحسن خلالها الظروف الاجتماعية والاقتصادية بأقصى سرعة لها[٣٥]. وخلال الأعوام الأربعين الماضية ، ازدادت معدلات الجريمة مقارنة بعدد السكان بما يقارب الخمسة أضعاف فى المتوسط ، على الرغم من أنه يجب اعتبار الفروق الموجودة بين الدول المختلفة. وخلال الفترة ذاتها ، ازداد استهلاك

الكحول بصورة ملحوظة. وعلى الرغم من أن استهلاك الكحول وإدمانه ليسا متطابقين ، إلا أن هناك قدرا لا يستهان به من الأدلة التى تشير إلى أنه مع تزايد الاستهلاك الكلى من الكحول ، تتزايد معدلات الاضطرابات المتعلقة بالكحول. وتظهر الاستقصاءات الوبائية (Epidemiological) التى أجريت فى الولايات المتحدة وجود زيادة هائلة فى استخدام العقاقير المحظورة خلال تلك الفترة الزمنية ؛ وتتشابه البيانات الأوربية مع تلك الأمريكية ، برغم أنها أقل شمولا. وقد أظهرت معدلات إصابة المراهقين بالاكتئاب زيادة متواصلة ، كما فعلت معدلات الانتحار فى الولايات المتحدة وأغلب الدول الأوربية (باستثناء ألمانيا الغربية) بين عامى ١٩٧٠ و١٩٨٠ .

ويتمثل التحدى الذى يواجه الحكمة التقليدية فى زيادة الاضطرابات العقلية خلال فترة زمنية كانت تتحسن خلالها الظروف المعيشية ، على الرغم من أن البيانات المقطعية النموذجية (Cross-sectional) تظهر أن العوز الاجتماعى يرتبط بمفرده بهذه الاضطرابات. وليس من المتوقع أن تلعب بحبوحة العيش دورا مؤثرا ، باستثناء دورها فى زيادة فرص ارتكاب الجرائم وإدمان المخدرات. وكثيرا ما يستشهد بازدياد العنف المعروض فى وسائل الإعلام كمسبب ، لكن الاحتمال الأقرب هو أن يكون ذلك انعكاسا للقيم الاجتماعية المتغيرة وليس مسببا لحدوثها. وربما أنه قد كان للمعدلات المتزايدة من أوجه الخلاف والانفصال العائلى تأثير مماثل. وبرغم أن ازدياد معدلات الطلاق قد كان محورا للاهتمام الشعبى نظرا لكونه مرئيا بوضوح ، إلا أن الخلافات الزوجية ، وليس الانفصال ، هى العامل المؤثر فى الغالب.

ويستدعى تقرير حديث لمجموعة الدراسة التابعة للأكاديمية الأوروبية (Academia Europea study group) الاهتـــمـــام للتناقض الظاهرى الذى تمثله الزيادة فى الاضطرابات النفسية خلال الفترة ذاتها التى كانت خلالها اقتصاديات دول منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية (Organization for Economic Cooperation and Devel-opment :OECD) تزدهر بمعدلات غير مسبوقة[٣٦]. ومع ذلك ، فيجب ملاحظة أن الازدهار الاقتصادى لا يفيد جميع القطاعات السكانية بصورة متساوية. وتتمثل السلوكيات المعادية للمجتمع وإدمان المخدرات بصورة غير متجانسة بين القطاعات السكانية المختلفة فى صورة أكبر السلبيات المستديمة. وليس معروفا على وجه اليقين

الحد الذى تتوازى به تلك الظواهر الموجودة فى البلدان الصناعية مع الأحداث المشابهة فى الدول المنخفضة الدخل ، أو حتى الطرق التى تتنبأ بها بحدوثها . ويصف اصطلاح الفقر النسبى فى البلدان الاسكندنافية (بمعنى البقاء على الحد السفلى من التوزيع الاقتصادى فى الدول التى تتمتع بنظم فعالة للرخاء الاجتماعى) مجموعة من الظروف والملابسات مختلفة تماما عن الفقر المطلق الذى نجده فى آسيا وأفريقيا .

العنف

يجتاح العنف بدوره العديد من المجتمعات. وتحدث أغلب الصراعات الكبرى اليوم ، مع الاستثناء الواضح لتلك الحادثة فى شرق أوربا ، فى آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية. وتتضمن تلك الصراعات ، نمطيا ، الحروب الإقليمية بين الدويلات الضعيفة أو الصراعات الواقعة ضمن حدود الدولة الواحدة ؛ وفى الأعوام الأخيرة ، كان هناك انخفاض فى عدد الصراعات الناشبة بين الدول وبين بعضها البعض ، فى حين ازداد عدد تلك الواقعة داخل حدود الدولة الواحدة.وقد كان ضحايا تلك الصراعات من المدنيين ، وليس العسكريين ، فى أغلب الأحوال. وبجميع المقاييس ، فإن كلا من عدد الصراعات الناشبة حول العالم ، ونسبة الإصابات بين المدنيين ، يزداد باطراد. ويعتقد معظم المراقبين أن الحقبة الحالية من السياسة العالمية ستتميز بانتشار التهديدات بالحرب فى جميع أنحاء العالم. وستنبع أغلب تلك التهديدات من الحركات القومية (Nationalist movements) ، والصراعات العرقية ، والتمرد السياسى ، والنزاعات الإقليمية حول الموارد الاقتصادية والبيئية. ويبدو أننا قد تخطينا عصر الحروب العالمية الكبرى بين القوى العظمى ؛ إذ ستكون الصراعات المستقبلية فى الغالب الأعم محلية ، ودموية ، وموجهة ضد المدنيين.

وتتعدد الأسباب التى تحدد طبيعة وشدة تلك الصراعات. وأثناء فترة الحرب الباردة ، كانت قدرة الدول الفقيرة أو استعدادها لخوض الحرب ضد بعضها البعض تكبح لأن الاتحاد السوفيتى والولايات المتحدة كانا يكبحان جماح عملائهما الساتليين (Satellite clients) بالإضافة إلى توفير الأمن والحماية لهم. ومع نهاية عصر القوى

العظمى وظهور عدم الاستقرار المشترك بين الدول القومية وبين بعضها البعض ، أصبح الآن تتبع تهديدات العنف أقل صعوبة عن ذى قبل. وبالإضافة إلى ذلك ، فقد خلفت القوتين العظميين وراءهما إرثا من الأسلحة المستخدمة من قبل الحكومات المحلية ، والقادة العسكريين ومجموعات المتمردين.

وقد أطلقت نهاية الكبح الذى كانت توفره الحرب الباردة ، موجة من الأيديولوجيات القومية ، والنزاعات العرقية ، والتوترات الطائفية ، والحركات الانفصالية فى جميع أنحاء العالم ، خصوصا فى دول أوربا الشرقية. وبعكس الوضع خلال حقبة الحرب الباردة ، تفتقر الحكومات فى الوقت الحاضر إلى القدرة السياسية والعسكرية على ترويض أو استرضاء الجماعات المتناحرة. وفى أفريقيا ، زادت سلسلة من الحدود الاستعمارية المرسومة بصورة تحكمية ، من حدة التوتر بين الأحزاب السياسية والجماعات القبلية المتناحرة التى تتعايش بصعوبة داخل نفس الدولة القومية. وفى الهند ، تنخرط الجماعات السياسية فى صراعات دموية حول الهوية الدينية والثقافية للأمة. وتشتمل النزاعات العرقية فى المناطق الأخرى على نفس مستويات العنف والإرهاب ، إلى الحد الذى تبدأ فيه "العداوة بين الجماعات العرقية فى منافسة انتشار الأسلحة النووية كأخطر تهديد للسلام يواجهه العالم"[٣٧]. وبرغم أن الصراعات العرقية ليست جديدة بجميع المقاييس ، إلا أن معانيها ، ومداها ، قد أصبحت أكثر وضوحا منذ نهاية الحرب الباردة. و قد ظل المجتمع الدولى حتى الآن عاجزا بصورة عامة عن منع نشوب هذه الصراعات، أو التخفيف من حدتها عند نشوبها بالفعل. ويعلقماينز (Maynes) على ذلك بقوله :" خلال القرن الحالى ، عندما تتردد مجموعتين سكانيتين أو أكثر فى العيش معا فى دولة واحدة ، سيظهر فى النهاية أن الخيارات المطروحة أمام المجتمع الدولى إما عديمة الضمير أو بغيضة : مثل التطهير العرقى (Ethnic cleansing)، والقمع ، والتقسيم ، أو اقتسام القوى"[٣٨]. وقد لجأ أولئك الذين يمسكون بزمام الأمور فى التسعينات للخيارين الأولين فى أغلب الأحيان.

وقد أدى فقدان دعم القوى العظمى إلى التقليل من اعتبار حقيقة أن الكثير من الأمم التى ظهرت بعد رحيل الاستعمار، ما هى إلا "دويلات ضعيفة" تتهدد حكوماتها الصراعات وخطر الانهيار. وتظل كثير من الحكومات على شفير "العجز"(Failing) ،

لو جاز استخدام ألفاظ الأمم المتحدة ، مثلما عجز الصومال ، وكمبوديا ، وليبريا : وتواجه السودان ، وزائير ، وبيرو تحديات حركات التمرد القوية ، كما أرهق العنف الداخلى كاهل كولومبيا[٣٩]. وينتج ضعف الدويلات القومية جزئيا عن الفقر والركود الاقتصادى ؛ وكثيرا ما يتسم تدهورها بالعنف ، والصراعات الأهلية ، وانهيار الأنظمة الغذائية والصحية ، واللاجئين ، والانتهاكات الواسعة النطاق لحقوق الإنسان والتى تؤثر على الدويلات الأخرى. وفى واقع الأمر ، فإن أغلب انتهاكات حقوق الإنسان تقع اليوم فى أماكن ، مثل البوسنة التى لا توجد فيها حكومة مركزية فعالة (وحيث ترتكب تلك الانتهاكات فى كثير من الأحيان ضد حلفاء الحكومة أو ممثليها). وهناك تهديدان رئيسيان عندما تصاب أمة بالعجز : وهما تقسيم ، أو " لبننة " (Lebanonization) ، دولة ما إلى طوائف متناحرة عندما تكون القوى متوازنة نسبيا ، أو الإبادة الجماعية (Genocide) عندما تهيمن إحدى المجموعتين المتناحرتين على الأخرى.

وقد احتفظت بعض الدول القومية بحكومة مركزية قوية عن طريق الاعتماد على الأساليب القمعية ؛ بينما تميل دول أخرى إلى التحول إلى الأنظمة العسكرية والاضطهاد للمحافظة على النظام. وفى جنوب أفريقيا ، استخدم نظام التفرقة العنصرية سلطته على المناطق الفقيرة من خلال العنف البنيوى الواسع الانتشار. وفى العراق ، وهاييتى ، وجواتيمالا ، تعتمد الأنظمة الحاكمة على الخوف ، والرعب ، والتعذيب للسيطرة على المواطنين وقمع مجموعات الأقليات السكانية. وتنخرط الدول القومية فى جميع أنحاء العالم ، فى صراعات ضد الأمم التى تعيش تحت الإرادة السياسية للدولة ، لكنها تقاومها بشدة: وفى بعض الأحيان ، يكون انتداب (Mandate) الدولة هو الإبادة الجماعية النشطة[٤٠]. ويقرر هارف (Harff) وجور (Gurr) أن " المذابح التى تدعمها حكومات الدول ضد أفراد الجماعات العرقية أو السياسية مسئولة عن قدر من هدر الحياة البشرية أكبر مما ينتج عن جميع الصور الأخرى للصراعات المميتة مجتمعة... وقد توفى ما يقرب من ١,٦ إلى ٣,٩ ملايين نسمة من المدنيين العزل على أيدى الحكومات فى كل عقد من الزمن منذ انتهاء الحرب العالمية الثانية "[٤١].

وفى السنوات الأخيرة ، اتخذت الهجمات المدعومة من قبل الحكومات ضد المدنيين العزل ، نمطيا ، صورة الصراعات "المنخفضة الحدة " (Low-intensity) التى

تستهدف السيطرة على المجموعات السكانية أكثر من استهدافها للمناطق التى يقطنونها. ومن العلامات المميزة للصراعات المنخفضة الحدة ، نجد الاعتداء المستمر على حياة القرويين و الفلاحين وعلى سبل معيشتهم. وقد استمرت القوات الحكومية فى السلفادور لمدة تزيد على العقد فى إرهاب المجتمع المدنى فى محاولة منها للسيطرة عليه ؛ وقد تضمنت أساليب العنف المستخدمة فرق الموت (Death squads) ، وحوادث الاختفاء ، والمذابح ، واستهداف المدرسين والعاملين فى مجال الرعاية الصحية ، ورجال الدين. وقد تفجر صراع مناظر فى موزمبيق ، حيث قامت حركة " الرينامو " (RENAMO) ، وهى مجموعة انفصالية تدعمها حكومة جنوب أفريقيا ، بإرهاب السكان المدنيين فى محاولة منها لزعزعة استقرار الحكومة الاشتراكية. وتتشابه تأثيرات العنف ، كما تتشابه صوره : فتحدث الصدمات العاطفية ، وتفكك الأسر والمجتمعات ، ويصاب الأطفال بالاضطرابات العصبية ، وتدمير البنى التحتية للاقتصاد ، وفرض ثقافة عامة من الخوف (انظر الفصل الخامس).

وبالإضافة إلى الأسباب والمعايير التقليدية للصراع ، عادة ما تشتعل الاضطرابات داخل الدول وبين بعضها البعض ، أو تزداد سوءا فى الوقت الحاضر نتيجة لعدد كبير من القوى ، مثل الركود الاقتصادى ، والديون ، وترويج المخدرات ، و استنزاف الموارد البيئية ، والانفجار السكانى ، وتدفق المهاجرين. ويتوقع العديد من المراقبين أن الصراع سينشب عما قريب حول الموارد البيئية المتزايدة الندرة ، مثل المياه ، والأراضى الخصيبة ، وموارد الطاقة[٤٢]. وينتاب الكثيرين أيضا القلق حيال الزيادة المتوقعة فى عدد السكان فى الدول المضطربة اقتصاديا ، والهجرة الجماعية العشوائية.

اللاجئون ، والمهاجرون ، والمجموعات السكانية

من بين أعظم المآسى الناتجة عن العنف الجماعى ، نجد اللاجئين الذين يفرون من العنف والجوع فى ظل الحرب. وقد بلغ عدد اللاجئين فى جميع أنحاء العالم ٢,٧ ملايين فى عام ١٩٧٦ ، و١٠,٣ ملايين فى عام ١٩٨٢. أما اليوم، فهناك ما يقرب من ٢٠ مليون لاجئ ، بالإضافة إلى ما لا يقل عن ٢٠ مليونا آخرين من المهجرين من

ديارهم داخل دولهم ذاتها[٤٣]. ومعظم أولئك اللاجئين هم من المعدمين القادمين من دول فقيرة ، والذين يرتحلون داخل دولهم أو ينتقلون إلى دول أخرى فقيرة. ويمكن لتلك الهجرات أن تتسبب فى زعزعة استقرار الدول المضيفة ، وتفاقم التوترات المحلية ، وزيادة معدلات الاستنزاف البيئى. وفى الوقت نفسه ، يزداد رفض الدول ذات الأنظمة الراسخة، والتى كانت تقدم المأوى للاجئين بصورة تقليدية ، لفتح أبوابها لاستقبال تلك الدفعات الكبيرة من اللاجئين.

وهناك نحو عشرين مليونا من اللاجئين "الرسميين" ، كما تصنفهم الأمم المتحدة ، لكن هناك أعدادا أخرى لا يمكن حصرها من اللاجئين الاقتصاديين والبيئيين فى العالم اليوم. وقد ترك ما يقرب من ٧٠ مليون شخص فى جميع أنحاء العالم بلدانهم الأصلية ، بحثا عن العمل بصورة أساسية. وقد فر ما لا يقل عن عشرة ملايين من هؤلاء نتيجة للتدهور البيئى ، وتعرية التربة ، واضمحلال الموارد الزراعية والمائية[٤٤]. وفى الوقت الذى يبقى فيه لاجئو الصراعات والحرمان نمطيا فى مناطقهم الأصلية ، يسافر اللاجئون الاقتصاديون فى الغالب للعيش والعمل ، بصورة غير شرعية فى كثير من الأحيان ، فى بلدان أوربا ، وشرق آسيا ، وأمريكا الشمالية ، أو فى المناطق الأكثر ازدهارا قريبا من أوطانهم.

وبالإضافة إلى الصراعات الإقليمية والأهلية ، هناك قوتان يبدو أنه لا مفر منهما – وهما الزيادة غير المسبوقة فى سكان العالم ، والزيادة المستمرة فى استنزاف الموارد البيئية – تشيران إلى احتمال حدوث زيادة فى المجموعات السكانية للمهجرين خلال الأعوام القادمة. وهناك نحو ٥,٤ بلايين نسمة فى العالم اليوم[٤٥]. ويزداد هذا الرقم بنحو ٩٠ إلى ١٠٠ مليون نسمة سنويا خلال عقد التسعينات.ويقدر البنك الدولى أن عدد سكان العالم سيبلغ نحو ٨,٤ بلايين نسمة بحلول عام ٢٠٢٥[٤٦]. وسيحدث ما لا يقل عن ٩٥٪ من مقدار الزيادة السكانية فى العالم عام ٢٠٢٥ فى بلدان أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية ؛ وسيمثل عدد سكان أوربا وأمريكا الشمالية أقل من ٩٪ من مجموع سكان العالم فى عام ٢٠٢٥[٤٧].

وستحدث أغلب الزيادة السكانية فى أكثر دول العالم فقرا ، وهى أقل الدول استعدادا لمواجهة الحاجات الاقتصادية ، والغذائية ، والسكنية ، والبيئية للعدد المتزايد من سكانها. وتشمل التغيرات التى ستنتج عن الضغوط السكانية نموا حضريا متواصلا ، ومعدلات مرتفعة لنمو قوة العمل ، واستنزاف موارد التربة والمياه ، واستمرار إزالة الغابات ، والتصحر ، ونقص المواد الغذائية ، وانتشار الأمراض المُعدية . ويمكن للنمو السكانى وحده أن يهدد ، أو يقلل من ، الازدهار الاقتصادى لمجتمع ما. وفى الهند ، على سبيل المثال ، بلغ متوسط معدلات النمو الاقتصادى نحو ٦٪ خلال العقد الماضى ، مقارنة بمعدلات النمو السكانى التى بلغت نحو ٢,٤٪ سنويا. ويعلق مادوكس (Maddox) على ذلك قائلا أن "المشكلة هى أن التضخم مسئول عن معظم هذا التباين ، وربما تسبب تضخم حجم الطبقات الوسطى للمجتمع فى التهام ما تبقى ، مما لا يدع شيئا لمصلحة الفقراء.. ويتم إبطال نتائج النمو الاقتصادى فى الهند بصورة دورية نتيجة للزيادة السكانية هناك"[٤٨].

وتثقل الزيادة السكانية ، مقترنة بالممارسات الصناعية الضارة ، كاهل البيئة العالمية المنهكة سلفا. وفى جميع أنحاء العالم ، يكتشف الباحثون أدلة على عدم استقرار الجو ، وتغيرات البيوت الزجاجية المناخية (Atmospheric Greenhouses) المتعلقة بالغازات ، وانخفاض سمك طبقة الأوزون المحيطة بالغلاف الجوى ، وانخفاض التنوع فى الأنظمة الوراثية والبيئية (الإيكولوجية) ، وازدياد نسبة الحموضة فى السبل المائية وفى التربة. وتغير أعواز المياه ، وتدهور الأراضى الزراعية ، وغيرهما من صور استنزاف الموارد البيئية ، فى تغيير أسلوب حياة العديد من المجتمعات ؛ وتؤثر العديد من تلك المجتمعات بصورة أساسية على الدول غير القادرة على التدخل السريع أو الفعال . وهناك فى الصين ، على سبيل المثال ، قلق من أن تتسبب الموارد المائية المتزايدة الندرة فى تقليص الموارد الغذائية والاقتصادية للبلد[٤٩].

ومن المحتمل تماما أن تجبر الظروف المعيشية المتدهورة الشعوب الفقيرة على الانتقال إلى مناطق أكثر ازدهارا سعيا وراء فرص العمل ، والغذاء ، والأرض ، والمسكن. وبالإضافة إلى التدفق المستمر للاجئين السياسيين ، سيتعرض الكثير من أولئك "اللاجئين البيئيين" لخطر الاستغلال الاقتصادى ، والظروف المعيشية المتدنية ، والعزلة الاجتماعية ، والاضطرابات النفسية (انظر الفصل ٦). أما أولئك الذين يبقون

فسيكون عليهم أن يرضوا بالفقر ، وازدحام المدن (Urban congestion) والتوترات الاجتماعية ، والتدهور البيئى والاجتماعى.

وتواجه المجتمعات والجماعات تلك المشاكل من خلال عدد من الوسائل ، وبدرجات متفاوتة من فرص النجاح. ومن بين التطورات المشئومة ازدياد مشاعر العداء للمهاجرين فى مجتمعات أوروبا وأمريكا الشمالية ، والتى تتوجه بشكل متزايد نحو السياسات الانعزالية (Isolationist) ، عوضا عن محاولات التعامل بصورة مباشرة مع جذور ومشكلات التهجير. ولذلك ، ونتيجة للسبل التى تنتجها منظمات مثل الأمم المتحدة فى عملها ، هناك إجماع أكثر وضوحا على الحقوق والمزايا التى يجب منحها للاجئين الذين يفرون من بلدانهم فى أوقات الحروب ، أكثر من أولئك الذين لا يهجرون بلدانهم ، أو الذين يتركون أوطانهم بسبب المشكلات الاقتصادية. ويجب أن تكتسب الحاجات ، والحقوق ، والمعضلات السياسية الناجمة عن اللاجئين الداخليين ، والعمال المهاجرين ، واللاجئين الاقتصاديين أهمية أكبر على جدول الأعمال العالمى حتى يمكن تحقيق تحسينات مهمة على مستوياتهم الصحية.

الكوارث

تتسبب التحولات الاجتماعية والبيئية (والتى تنتج نمطيا عن زيادة السكان وعن التمدن) فى حدوث المزيد من الكوارث (Disasters) الطبيعية والصناعية فى الدول الفقيرة . ومن بين نحو ٣ بلايين شخص تضرروا من الكوارث ما بين عامى ١٩٦٧ و ١٩٩١ ، كان ٨٥٪ منهم يعيشون فى آسيا وحدها. وقد كان ما يقرب من ١١ ٪ منهم يعيشون فى أفريقيا ، و٤٪ فى الأمريكتين. بينما لم تتعد نسبة سكان أوروبا الذين تعرضوا للكوارث ٠,٤ ٪ (انظر جدول ١-٢). ويتضرر المزيد من البشر من الكوارث فى الدول الفقيرة ، وتموت نسبة أكبر من السكان بفعل الكوارث الطبيعية و الحوادث الصناعية (Industrial) فى تلك البلدان (انظر جدول ١-٣).

جدول ١-٢ : العدد الإجمالى للمتضررين بفعل الكوارث موزعين حسب المناطق الجغرافية فى الفترة ما بين عامى ١٩٦٧ و ١٩٩١

المنطقة	العدد	النسبة المئوية من المجموع
أفريقيا	٣٢٤,٣٣٩,٥٤٥	١٠,٩
الأمريكتان	١١١٥,٣٣٦٤,٦٧٣	٣,٩
آسيا	٢,٥٠٩,١٤٢,١٦٨	٨٤,٧
أوروبا	١٢,٥٥٩,٧٥١	٠,٤
أوقيانوسيا	٢,٠٠٧,٣٥٣	٠,١
الإجمالى	٢,٩٦٣,٤٨٣,٤٩٠	١٠٠

المصدر: الاتحاد الدولى لمنظمات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الدولية ، ١٩٩٣ .

التقرير الدولى عن الكوارث ، ١٩٩٤, (Kluwer Academic Publishers, U.S.A.)

جدول ١-٣ : الكوارث الطبيعية حول العالم حسب المناطق ، ١٩٤٥-١٩٨٦

المنطقة	عدد الكوارث	آلاف الوفيات	عدد الوفيات لكل كارثة	نسبة الوفيات لكل مليون نسمة
شرق آسيا / الباسيفيكى	٤٠١(٤٠٠)*	٩٧٧(٢٧٧)	٢,٤٣٥(٦٩١)	٥
أمريكا اللاتينية/ دول الكاريبى	٢٣٩	٢٣٩	٩٩٩٩	٢١
جنوب آسيا	٢٣٤(٢٣٣)	٨٠٨(٣٠٨)	٣,٤٥٢(١,٣٢١)	١٠
أمريكا الشمالية	١٤٩	١٥	١٠٤	٢
أوروبا / الاتحاد السوفيتى	١٢٧(١٢٦)	١٦٦(٥٦)	١,٣٠٨(٤٤٤)	٢
الشرق الأوسط شمال أفريقيا	٨٦	١٢٩	١,٥٠٥	٢٤
جنوب أفريقيا الصحراء الكبرى	٤٥	٩	٢٠١	١
الإجمالى	١,٢٦٧(١,٢٦٤)	٢,٣٤٣(١,٠٣٣)	١,٨٤٩(٨٣٧)	

* تستثنى الأرقام بين الأقواس أقسى ثلاث كوارث

المصدر : جليكمان وآخرون ، ١٩٩٢ . التقرير العالمى عن الكوارث ، ١٩٩٤ (Kluwer Academic Pubs.)

وكما هو الحال فى المجاعات ، يعد الفقر من المكونات الحيوية للكارثة ، وذلك لأن الفقراء هم أكثر الناس تعرضا لتأثيرات الكوارث. وهم يعيشون فى أكثر الظروف خطورة ، ويمتلكون أقل الموارد ، كما أنهم أقل الناس قدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية.ويعيش معظم سكان بنجلادش ، على سبيل المثال ، فى مناطق معرضة للفيضانات المتكررة ؛ ولذلك فعليهم أن يرضوا بالكوارث الطبيعية التكرارية كجزء متوقع (برغم أنهم يخشونه كثيرا) من الدورة السنوية للحياة ، التى يضيّق الفقر سبلها بالفعل. ويجب أن يرضى سكان المناطق الفقيرة أيضا بالممارسات الصناعية والبيئية الخارجية ، والتي تعرضهم لخطر متزايد للتعرض للأخطار الإيكولوجية.

وبالفعل ، فبرغم أن الكارثة قد تكون محلية فى تأثيراتها بصورة أساسية، إلا أنها قد تنتج عن عوامل عالمية أكبر ؛ اقتصادية وبيئية. وقد نتجت كارثة بهوبال فى الهند ، على سبيل المثال ، عن ضعف إجراءات السلامة الصناعية لشركة أمريكية كبرى ، وعن السياسات الصناعية المهملة للحكومة الهندية. وقد ترتبط الكوارث الأخرى ، الأكثر "طبيعية" ، مثل نوبات الجفاف ، والمجاعات ، والفيضانات بدورها بالقرارات التى يتخذها البشر أنفسهم سواء كانوا يعيشون ضمن المناطق المتضررة أم خارجها. وقد نتجت المعدلات المتزايدة للفيضانات فى بنجلادش ، على سبيل المثال ، بصورة جزئية عن إزالة الغابات فى نيبال ، كما ترتبط المجاعات فى أفريقيا بصورة كبيرة بممارسات التمكين الغذائى (Food entitlement) المحلية والدولية على حد سواء.

وتتراوح المعاناة نمطيا بين الخراب الاقتصادى ، وبين فقد المسكن ، وبين الاضطرابات النفسية. وللرعاية الصحية العقلية ، إضافة إلى الرعاية الإنسانية الأساسية ، أهمية حيوية فى أعقاب الكوارث. ويعانى ما يقرب من ٣٦٪ من ضحايا الكوارث من إحدى صور الاضطراب العقلى[٥٠]. لكن قليلين فقط من أولئك الذين يعيشون فى المناطق المعرضة للكوارث هم الذين يتلقون تلك الخدمات التى يحتاجونها (انظر إطار ١-٢)[٥١].

على اعتبار أن أغلب الدول والمجتمعات الفقيرة تعتمد على الاقتصاديات الأقوى (والتى تستمد جزءا من قوتها من العمالة والموارد الموجودة فى الدول الفقيرة) ، فليس هناك طريق أحادى الجانب لتحقيق الازدهار الاقتصادى والاجتماعى معا. وسواء على سفوح جبال نيبال أو فى قرى المايا بجواتيمالا ، تتمثل المنتجات الجانبية للركود الاقتصادى فى الفقر ، والجوع ، واعتلال الصحة ، وعدم الاستقرار السياسى ، والعنف ، والتهجير. وفى داخل المجتمعات بالمثل ، يؤدى عدم المساواة بين الغنى والفقير ، وبين الرجال والنساء ، وبين الجماعات المختلفة فى المجتمع ، إلى خلق أضرار وتوترات واسعة الانتشار.

وتكون الروابط بين العنف البنيوى وبين الصحة العقلية فى أغلب الأحيان غير مباشرة أكثر من كونها مباشرة. ويمكن أن يتسبب عدم إشباع الحاجات الصحية الأساسية ، مثل التغذية والتصحح البيئى (Environmental sanitation) ، فى حدوث تلف مؤثر فى الجهاز العصبى المركزى ، مع تعطل فى الوظائف الإدراكية (المعرفية) والوظيفية النفسية. ويمكن أن تؤدى المثيرات البيئية الأخرى ، مثل ازدحام المناطق الحضرية ، والفقر اللانهائى ، أو ظروف العمل المتدنية ، إلى حدوث القلق ، والاكتئاب ، أو الإجهاد العصبى المزمن. ولبعض المشكلات الأخرى أيضا تأثير مدمر على نوعية الحياة التى تعيشها الأسر والأفراد على حد سواء.

إطار ١-٢ : الكوارث والرعاية الصحية العقلية

دمرت بلدة أرميرو الكولومبية فى نوفمبر ١٩٨٥ عند انفجار بركان فى جبال الإنديز الكولومبية ، مسببا تكون تيهور(Avalanche) من الرماد الأشهب ، والطين المتبخر ، والصخور ، وجذوع الأشجار. وقد تمثل الدمار الناتج عن انزلاق الطين بعرض ميل كامل ، والذى تساقط بسرعة ٩٠ ميلا فى الساعة ، فى مصرع ٨٠٪ من سكان البلدة البالغ عددهم ٣٠.٠٠٠ نسمة ، كما ترك نحو ١٠.٠٠٠ آخرين بلا مأوى ، نصفهم مصاب. كما تم تدمير مستشفى البلدة ذى المائة والستين سريرا ، إضافة إلى مستشفى الأمراض النفسية .

وقد قام بعمليات الإنقاذ الأولية سرب من طائرات الهليكوبتر ؛ فكان يتم نقل الناجين إلى المستشفيات القريبة ، حيث يتم علاج إصاباتهم. وقد أقامت الحكومة الكولومبية وحدات للطوارئ فى ست بلدان محيطة بمسرح الأحداث. وقد اشتملت هذه الوحدات على معدات طبية ومخيمات وملاجئ للمشردين. وقد تم استقدام الأطباء ، والمرضات ، وعمال الإنقاذ من جميع أنحاء كولومبيا. كما اشترك الصليب الأحمر وغيره من الهيئات العامة والخاصة فى جهود الإغاثة. وعادة ما تتركز أعمال الإغاثة فى الكوارث والمساعدات الإنسانية على المساعدات الطبية المباشرة ، وعمليات الإنقاذ ، وإعادة بناء البنى التحتية. أما ما يتم إغفاله كثيرا فى الكوارث فهو الحاجات الصحية العقلية للضحايا. وبعد كارثة أرميرو ، أصبح يتم استدعاء استشاريين فى الصحة العقلية للعمل مع مقدمى الرعاية الصحية لمعالجة الصدمة الأولية للناجين من الكارثة.

لكن الحاجة للرعاية الصحية العقلية تستمر لفترة زمنية طويلة ، إذ تنتاب ضحايا الكوارث مشاعر تلوية للأسى وفقدان الأحباب والممتلكات، إضافة إلى المهمة الشاقة لإعادة بناء حياتهم. وكثيرا ما يتم التقليل من أهمية الفترة الزمنية اللازمة لمواجهة دورة الاستجابات النفسية للأحداث المأساوية.

وقد أظهرت الدراسات التى أجريت على ضحايا بركان أرميرو ، وزلزال الإكوادور الأقل تدميرا ، أنهم يعانون من القلق والاكتئابات الكبرى لمدة تتراوح بين ستة أشهر وسنة بعد انتهاء المأساة. وبالإضافة إلى ذلك ، فإن مشكلات الضحايا تؤثر على العلاقات الأسرية والاجتماعية ؛ فيمكن أن يعانى ضحايا الكوارث من إدمان الكحول والمخدرات ، والمشكلات الزوجية ، والسلوك العدوانى أو غير المتكيف. وبرغم أن تكرارية الأعراض كانت أعلى فى ضحايا بركان أرميرو ، فقد أظهر الضحايا فى كل من الدراستين أنماطا متشابهة من الاضطرابات العاطفية.

وبصورة أساسية ، فإن الممارسين الطبيين المحليين والعاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية يمكنهم الاستجابة بصورة أفضل للحاجات الفورية للمجموعات السكانية المتضررة ، مما يمكن للفرق الطبية الخارجية ، خصوصا إذا كانوا مدربين فى مجال الرعاية الطبية فى الكوارث. وبالإضافة إلى ذلك ، فإن نظام الرعاية الصحية المحلى معد بصورة أفضل لمعالجة المشكلات المحلية الشائعة. ويتميز الممارسون المحليون باندماجهم الثقافى بالمنطقة ، مما يجعلهم على معرفة عميقة بالأعراض المرضية النمطية. كما أنهم أقدر على التيقن من أن الخطط العلاجية سيتم تنفيذها بصورة فعالة.

ولسوء الحظ ، فإن المصادر الثابتة للصحة العقلية كثيرا ما تكون محدودة فى المناطق المعرضة للإصابة بالكوارث الطبيعية ، وبذلك فلا يمكنها ملافاة الحاجات الطويلة المدى للضحايا فيما يتعلق بالصحة العقلية. وبالإضافة إلى ذلك ، فكثيرا ما لا يسعى الضحايا وأفراد أسرهم للبحث عن العلاج المتعلق بالصحة العقلية بمفردهم ، حتى ولو كان متوافرا.

ومن الطرق التى يمكن بها سد الفجوة بين الموارد والحاجات ، يمكن تدريب العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية على التعرف على مشكلات الصحة العقلية ومعالجتها فى ضحايا الكوارث الطبيعية وغيرها. وقد أثبت منهج التدريب الأولى الذى أعد خصيصا للعاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية والمرضات فى كولومبيا والإكوادور ، أن العاملين الصحيين المحليين يمكنهم تقديم الرعاية الصحية العقلية اللازمة لمرضاهم. ومن خلال التدريب الأولى الذى يعتمد تقنيات مسحية أساسية ، كان عمال الرعاية الصحية الأولية اقدر على تحديد الحالة الشعورية للضحايا وعلى اقتراح الرعاية المناسبة.

ومن بين العناصر الحيوية للتدريب ، كان تطوير واستخدام دليل يعرض الطرق اللازمة لتقييم الصحة العاطفية للضحايا ، كما يقدم مخططا للتعرف على أكثر الاضطرابات العقلية شيوعا (حالات القلق ، والاكتئاب ، والسلوك الانتحارى ، وردود الفعل التكيفية ، والاضطرابات النفسية الجسمية ، وإدمان المخدرات) ، كما يعرض الدليل بصورة أقل تفصيلا للجوانب الاجتماعية للكوارث والمشكلات العاطفية فى الأطفال.

وقد اقترحت فى ذلك الوقت سلسلة من الأنشطة والاستراتيجيات فى كولومبيا ، لتوفير رعاية صحية عقلية واسعة المدى – أى وقائية ، وعلاجية ، وتأهيلية – لضحايا الكوارث. وقد أسهم المختصون فى الصحة العقلية بالإشراف والمشورة للعاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية.

وكنتيجة لذلك المشروع التدريبى ، تم إدراج الكثير من نتائجه ضمن الخطة الوطنية للرعاية الأولية والصحة العقلية فى كولومبيا. وتوجز تلك الخطة خدمات الصحة العقلية التى يمكن أن يقدمها العاملون فى مجال الرعاية الصحية الأولية للسكان فى المناطق المعرضة للكوارث. وتشمل تلك الخدمات التعرف على الأفراد الذين يعانون من الضيق النفسى ومعالجتهم ، وتضمين أنشطة الرعاية الصحية العقلية فى الجهود الكلية للإغاثة فى الكوارث ، والتنسيق فيما يتعلق بأنشطة الرعاية الصحية العقلية مع المختصين الآخرين فى الصحة العقلية وعمال الإغاثة فى المجتمع ، بالإضافة إلى تطوير برامج التأهيل والوعى الجماهيرى[٥٢].

ويمكن لظروف الفقر الريفى فى بعض أجزاء تايلاند ، على سبيل المثال ، أن تجبر الوالدين المثقلين بالديون على بيع بناتهم للعمل كبغايا فى بانكوك ؛ وعندئذ تصبح البنات معرضات للاسترقاق الجنسى (Sexual slavery) ، والاعتداءات الجسدية ، والإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا ، مثل مرض الإيدز (AIDS) . ويمكن لتلك القوى الفاعلة فى المجتمع على نطاق واسع ، مثل الجوع المزمن ، والاستغلال الجنسى ، أو تفشى البطالة ، أن تتسبب فى تحطيم الأسر وتدمير السبل المعيشية لمجتمع ما.ويمكن لتلك المشكلات ذات الجذور العميقة فى التركيبة اليومية للمجتمعات ، أن تثقل كاهل الصحة العقلية بأعباء شبيهة بتلك الناتجة عن الكَرْب الحاد الناجم عن أزمات الحياة الكبرى مثل فقدان الأحباب ، والتى هى مألوفة للمختصين بالصحة العقلية بدرجة أكبر ، وبذلك ، فإذا أردنا التفكير بالصحة العقلية ، فعلينا أن نضع فى الاعتبار مجموعة من القوى المتشابكة التى قد لا تبدو للوهلة الأولى مشكلات "متعلقة بالصحة العقلية".

ويتوجب علينا أيضا دراسة كيف تعمل تلك القوى على المستوى المحلى. وتعتبر القوى التى تعوق ، أو تسهم فى تحقيق الازدهار والفرص الشخصية محلية بالقدر التى هى به قومية و دولية.وتقف المجتمعات والمجاورات (Neighborhoods) ، والشبكات الاجتماعية ، والعائلات بين السياسات والاقتصاديات المحلية وبين الحياة اليومية للسكان الفعليين. ويمكن للعنف السياسى أن يصيب جيرة ما ، بينما لا تصاب غيرها بأى أذى. وتقوم السياسات والموارد المحلية بحماية البعض ، بينما تعرض البعض الآخر للخطر. وعلى الرغم من أن الخصائص المميِّزة للفرد ؛ مثل التركيب الوراثى ، وخبرات الحياة المبكرة ، والنمط السلوكى تؤثر على عوامل الخطر والحماية النسبية ، يتميز النظام الاجتماعى للطبقات ، والعرقية ، والمجموعة العمرية ، والشبكات الاجتماعية بقوة خاصة فى تحريف أو تعزيز تأثيرات القوى المجتمعية الأكثر شمولية. فينتج عن كون المرء أنثى فى أغلب أجزاء الهند ، على سبيل المثال ، تعرضها لخطر أكبر للإهمال ، وتمتعها بقدر أقل من فرص التعليم ؛ وعلى العكس من ذلك ، ففى ولاية كيرالا الهندية ، تتمتع النساء بوضع اجتماعى أفضل من ذلك الموجود فى المناطق الشمالية من الهند.

وكثيرا ما تكون فرص التكيف الفعال (Effective coping) محلية بدورها. ويمكن أن تنظم القيادة المجتمعية عمل شبكات أكثر نجاحا للاتصال والعمل فى مواجهة الكوارث الطبيعية ، مثل المجاعات. ويمكن أن تعمل منظمات الجيرة كمدافعة عن حقوق سكان الأحياء الفقيرة والأكواخ. ويمكن أن تقوم الشبكات القبلية المرنة بحشد الموارد لمساعدة أسرة تتعرض لأزمة اجتماعية ، أو يتعرض أحد أفرادها للإصابة بمرض عقلى خطير. وبالفعل ، فبسبب الخصوصية الإقليمية والثقافية للكثير من المشكلات الاجتماعية ، كثيرا ما تعمل استراتيجيات الوقاية والعلاج أفضل ما تكون على المستوى المحلى ، وليس القومى. ولا يمكن لشبكة ما أن تقوم بحشد موارد غير متوافرة أصلا ، كما تدرك ذلك بصورة مؤلمة كثير من المجتمعات فى الدول الفقيرة. وقد يقاوم القادة المحليون الابتكارات الواعدة ، نظرا لأن تلك التغيرات تهدد وضعهم السياسى المرموق. كما يمكن أن تقهر الاستجابات المحلية بفعل القوى السياسية والاقتصادية ، مثل الأعواز الاقتصادية الخطيرة أو حملات العنف السياسى. ومع ذلك ، فإذا نظرنا إلى الأمر من منظور القرية ، أو الشارع ، أو الأسرة ، تبدو احتمالات السيطرة على التأثيرات المحتملة الضرر للتحولات الاجتماعية العالمية أكثر وضوحا للعيان.

ويقدم لنا البحث عن الحلول على المستوى المحلى قدرا من التفاؤل أكبر من ذلك الذى تتيحه تلك البيانات الإحصائية الكئيبة التى يتم تجميعها من المشكلات الصحية العقلية على المستوى القومى ، أو حسب المناطق الجغرافية للعالم. ومن بين أسباب ذلك أنه كثيرا ما يمكن تحديد مواطن القوة والموارد على المستوى المحلى ، بحيث يمكن تحفيز تنفيذ برامج التدخل فى حالات الكوارث. وفى كينيا ، على سبيل المثال ، قامت وكالات الائتمان المحلية بتقديم الدعم المالى للأسر أثناء فترات الشدة الاقتصادية . وفى نيبال ، قام العاملون الاجتماعيون المتطوعون بالمساعدة فى تطوير البنى التحتية للقرى ، ومراكز الرعاية الصحية ، والمدارس الابتدائية. وفى الصين ، حققت بعض تعاونيات العمال نجاحا أكثر من غيرها من خلال المهارات السياسية للقادة المحليين. وبالفعل ، فعندما يضع المرء فى اعتباره دينميات الرفاهية على مستوى الفعل اليومى ، تبدأ الصورة المنذرة بالخطر للقوى العالمية والمحلية فى الظهور بمظهر أقل إثارة للرعب. وعلى ذلك فسنركز فى كل من الفصول التالية ، على الطرق المحددة التى تواجه بها المجتمعات عددا من المشكلات الصحية.

الاستنتاجات

* اعتبر عقد الثمانينات عقدا ضائعا بالنسبة لكثير من الأقطار ذات الدخل المنخفض. ولم تحقق الكثير من تلك الدول ذاتها الكثير من النجاح فى عقد التسعينات بالمثل. ونتيجة لعدد من العوامل الفاعلة على كلا المستويين العالمى والمحلى ، فقد ظل النمو الاقتصادى ضعيفا ، واستمرت الظروف المعيشية فى التدهور ، كما أن هناك الملايين ممن يفتقرون إلى القدر الكافى من الغذاء ، والمياه النقية ، والتعليم الابتدائى ، والرعاية الصحية الأساسية. وللزيادة السكانية السريعة ، خصوصا فى المناطق الحضرية ، والاستنزاف البيئى قدرة كامنة على مضاعفة تدهور نوعية الحياة بالنسبة لكثيرين ممن يعيشون فى البلدان المعوزة اقتصاديا.

* ونتيجة لوجود العديد من القوى الاقتصادية ، والسياسية ، والبيئية ، يتوجب على البلدان الفقيرة فى آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية ، والكاريبى أن تقتنع بمواجهة عبء من المشاكل – تتراوح بين الكوارث وبين الصراعات المنخفضة الحدة وتهجير السكان – أكبر مما تواجه تلك الدول الأكثر ثراء. وكثيرا ما تتفاقم تلك المشكلات ذاتها بسبب الافتقار إلى الإمكانات الاقتصادية والسياسية اللازمة لتقديم القدر الكافى من الرعاية الصحية والمساعدات الإنسانية.

* للفقر والركود الاقتصادى تأثيرات مباشرة وغير مباشرة على الرخاء الاجتماعى والعقلى. ويترجم الفقر إلى الجوع وسوء التغذية ، والظروف المعيشية المتدنية ، وازدياد خطر اعتلال الصحة ، وإلى خدمات محدودة للرعاية الصحية فى كثير من الأحيان. ويمكن أن يؤدى تكدس المناطق الحضرية بالسكان وظروف العمل المتدهورة إلى الإصابة بالقلق ، أو الاكتئاب ، أو الكَرْب المزمن ، بالإضافة إلى تأثيرها المدمر على نوعية الحياة التى تعيشها كل من الأسر والمجتمعات. وقد ينتج عن المشكلات مثل الجوع المزمن ، والاستغلال الجنسى ، وتفشى البطالة عبء على الصحة العقلية والمجتمعية يساوى ذلك الناتج عن الكرب الحاد بسبب أزمات الحياة الكبرى مثل فقدان الأحباب ، والتى هى أكثر ألفة بالنسبة للمختصين بالصحة العقلية. وعلى ذلك ، فلكى

يفكر المرء بالصحة العقلية ، عليه أن يضع فى اعتباره عددا من القوى المتشابكة التى قد لا تبدو ، للوهلة الأولى ، مشكلات "متعلقة بالطب النفسى".

بسبب الخصوصية المحلية والثقافية للكثير من المشكلات الاجتماعية ، فإن أكثر الاستراتيجيات نجاحا فى تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية الأساسية ، والتى تسهم فى تحقيق الرخاء ، كثيرا ما تشمل العمل على مستوى المجتمعات ، وليس على المستوى القومى. ويرجع ذلك إلى سببين ، أولهما أنه كثيرا ما يمكن التعرف على نقاط القوة والموارد المحلية التى يمكن أن تسهم فى إطلاق شرارة المشروعات المجتمعية. والثانى ، أن البرامج التى تهتم بالتقاليد المحلية والقيم الثقافية للمجتمع عادة ما تكون أكثر نجاحا من تلك البرامج التى تتجاهل الحقائق والاهتمامات المحلية.

الهوامش

(١) المصدر : (Head,1989).

(٢) المصدر : (Sadik, 1992).

(٣) المصدر : (Jones and kiguel , 1994).

(٤) المصدر : (World Bank, 1993b).

(٥) المصدر : (Brooke, 1993b,1993c).

(٦) المصدر : (Durning, 1991).

(٧) المصدر : المرجع السابق

(٨) المصدر : (Chang, 1993).

(٩) المصدر : (Head, 1989).

(١٠) المصدر : (World Bank, 1993b:52).

(١١) المصدر : (Ravenhill, 1990).

(١٢) المصدر : (World Bank, 1993b:49).

(١٣) المصدر : عدد مجلة (*The Economist*) بتاريخ ١٩٩٣/٩/٢٥

(١٤) المصدر : (Jolly, 1988; World Bank, 1993b).

(١٥) المصدر : (United Nations, 1991a:15).

(١٦) المصدر : (Jolly, 1988; Ware, 1993).

(١٧) المصدر : (Sadik, 1992)

(١٨) المصدر : (Jazairy et al., 1992:52).

(١٩) المصدر : (Kutzner, 1991: 1).

(٢٠) المصدر : (Sullivan, 1991: 167).

(٢١) المصدر : (Jazairy et al.,1992:52).

(٢٢) المصدر : (World Bank, 1993a).

(٢٣) المصدر : (Sen.1981~ Scrimshaw.1987).

(٢٤) المصدر : (Scheper-Huges, 1992).

(٢٥) المصدر : (Scrimshaw, 1991)

(٢٦) المصدر : عدد مجلة *Time* بتاريخ ١٩٩٣/٦/٢١ ، ص ٥١ .

(٢٧) المصدر : (Brooke. 1993a).

(٢٨) المصـــدر : انظر (Brooke, 1993a; Ennew, 1981; Masland, 1992; Khan, 1993)، بالإضافة إلى التقارير العديدة الصادرة عن جمعية مناهضة الرق Anti Slavery Society

(٢٩) المصدر : (Harpham et al., 1988).

(٣٠) المصدر : (Mari.1987).

(٣١) المصدر : (Santana, 1982).

(٣٢) المصدر : (Almeida-Filho, 1982, 1993) .

(٣٣) المصدر : (Webb. 1984: Marsella. 1993: Cheng,1989).

(٣٤) المصدر : (Almeida-Filho et al.,1992; Harpham, 1992; Marl, 1987).

(٣٥) المصدر : (Smith and Rutter, 1994.; Rutter, n.d.).

(٣٦) المصدر : (Rutter)، تحت الطبع

(٣٧) المصدر : (Maynes, 1993:5).

(٣٨) المصدر : المرجع السابق : ١١

(٣٩) المصدر : (Helman and Ratner.1992/93).

(٤٠) المصدر : (Nietschmann, 1987).

(٤١) المصدر : (Harff and Gurr, 1987).

(٤٢) المصدر : (Gleick. 1989, Homer-Dixion, 1991).

(٤٣) المصدر : (UNHCR, 1993).

(٤٤) المصدر : (Jacobson. 1989).

(٤٥) المصدر : (World Bank. 1993a).

(٤٦) المصدر :مرجع سابق

(٤٧) المصدر : (Sadik, 1990).

(٤٨) المصدر : (Maddox, 1993).

(٤٩) المصدر : (Tyler, 1993).

(٥٠) المصدر : (de Girolamo and McFarlane. n.d.).

(٥١) المصدر : (Lima et al..1991b).

(٥٢) المصـــدر : (Cohen, 1987, Lima et al. 1990; International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 1993)

الفصل الثانى

المرض العقلى وخدمات الصحة النفسية

(Mental Illness and Psychiatric Services)

مثلت العقود الزمنية الأخيرة قدرا هائلا من الاستثمار - لرأس المال ، والأبحاث ، والبرامج - فى المشكلات المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية فى جميع أنحاء العالم . ومع ذلك ، وبرغم أن الأمراض المُعدية وتنظيم الأسرة (Family Planning) ، وصحة الرُضَّع قد كانت محور اهتمام البرامج النشطة فى المجتمع الطبى العالمى ، إلا أن الأمراض العقلية لم تلق قدرا من الاهتمام يوازى حجم المعاناة التى تتسبب فى حدوثها . وينتج ذلك عن أسباب متعددة .

والسبب الأول هو أن أغلب العبء الناتج عن المرض العقلى يبقى غير مرئى نسبيا بالنسبة لأنماط الحساب الحالية . ولأن الأمراض العقلية لا تسبب زيادة كبيرة فى عدد الوفيات ، تفشل معدلات الوفيات (Mortality rates) (وهى أكثر إحصائيات الصحة العامة ذكرا) فى تسجيل قدر المعاناة الذى تسببه تلك الأمراض بالفعل . ولذلك ، ففى المجتمعات ذات معدلات وفيات الرضع والأمهات المرتفعة ، تكون المقارنة الظاهرية بين الأمراض المعدية وبين الأمراض العقلية خادعة .

وتتسم الطرق البديلة لحساب قدر العبء الناتج عن الأمراض العقلية بكونها أكثر تعقيدا ، كما أن النتائج تكون أكثر صعوبة فى مقارنتها بين المجتمعات المختلفة ، وخصوصا بين المجتمعات الصناعية المتقدمة وبين أقطار العالم الأشد فقرا . وعلى سبيل المثال ، تعد التكلفة النقدية لتقديم الرعاية الصحية مؤشرا ضعيفا على قدر العبء الذى تتحمله المجتمعات التى لا يتوافر فيها سوى عدد قليل من العاملين فى

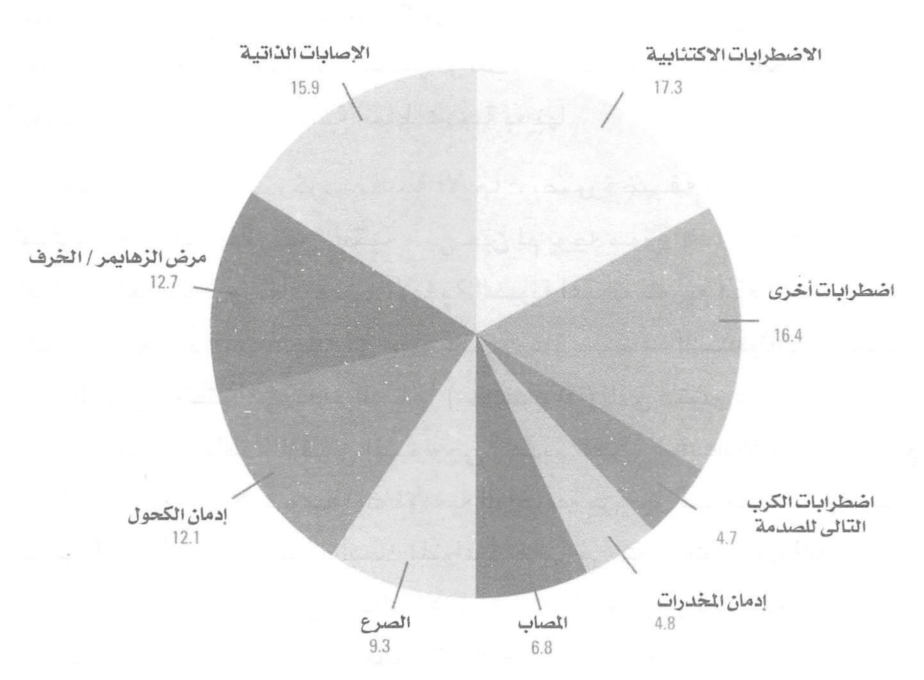
مجال الصحة العقلية ، وقليل من دور الرعاية النفسية ، وقدر منخفض من استخدام العلاجات النفسانية ، إضافة إلى معدلات منخفضة نسبيا لتكلفة الإقامة اليومية فى المستشفيات . ويتميز حساب التكاليف فيما يتعلق بجودة الحياة والعبء الملقى على عاتق أسر المرضى بصعوبته وتعقيده . ومع ذلك فنحن نعرف أن الاضطرابات العقلية الرئيسية ينتج عنها قدر هائل من العبء ، فى جميع المجتمعات ، من حيث المعاناة البشرية ، والإعاقة ، و إهدار موارد المجتمع .

ويدعم مؤشر (Indicator) تم تطويره حديثا صدق وجهة النظر تلك وكما ذكرنا سابقا ، يقدر تقرير التنمية العالمى لعام ١٩٩٣ أن مشكلات الصحة العقلية فى العالم أجمع تنتج نحو ٨.١ ٪ من العبء العالمى للأمراض (Global Burden of Disease[GBD]) مقاسا بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (Disability-Adjusted Life Years[DALYs]) ، وهى ضريبة أكثر من تلك الناجمة عن التدرن (Tuberculosis) ، أو السرطان ، أو أمراض القلب . ويتراوح العبء الناتج عن الاضطرابات العصبية – النفسانية بين ٤.٣ ٪ فى بلدان أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى ، وبين ٨٪ فى الصين ومنطقة أمريكا اللاتينية والكاريبى . وبالنسبة للبالغين فى سن ١٥ إلى ٤٤ عاما ، يقدر أن الاضطرابات العصبية النفسانية تمثل نحو ١٢٪ من العبء العالمى للأمراض (GBD) ، وعند إضافة "الإصابات الذاتية المتعمدة " يرتفع المعدل الإجمالى إلى ١٥.١٪ من العبء العالمى للأمراض بالنسبة للنساء ، و١٦.١٪ للرجال(١). ومن بين الاضطرابات قيد البحث ، تتسبب الاضطرابات الاكتئابية ، والإصابات الذاتية ، ومرض ألزهايمر وغيره من أنواع الخرف (Dementia)، وإدمان الكحول القدر الأكبر من العبء ، يليها الصرع (Epilepsy) والذهانات (Psychoses) ، وإدمان المخدرات ، واضطراب الكرب التالى للصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder) ، (انظر شكل ٢-١).

ومن بين المغالطات الأخرى الواسعة الانتشار ، نجد مفهوم أن الحالات النفسانية لا تعتبر أمراضا "حقيقية" ، بمعنى خضوعها للتعريف ، والتحديد ، والتقييم ، والعلاج ، والبحث الممكن توجيهه نحو الحالات المرضية الطبية الأخرى . وقد تم تعزيز هذا المفهوم العام على أيدى الباحثين النفسانيين فى الخمسينات والستينات من القرن العشرين ، عندما كان التفريق بين السبل المستخدمة فى الأبحاث المتعلقة بالأمراض المعدية وبين تلك الموجهة نحو الأمراض النفسية أكبر مما هو عليه الآن بالكاد . وفى تلك السنوات ، كانت الأمراض العقلية "المثيرة للاهتمام" تفسر على أنها مجموعات من الأعراض العصابية ، والتى يجب معالجتها من خلال البرامج المكثفة للعلاج النفسى الدينامى (Dynamic psychotherapy). وقد حاول علماء الوبائيات النفسانية قياس معدلات انتشار الأمراض العقلية باستخدام الفئات التشخيصية التى تعتمد

دالات مبهمة ، مما نتج عنه قياسات غير معقولة ، أو باستخدام تلك القياسات (Scales) التى تسجل المعدلات الإجمالية للأعراض النفسية التى يعانى منها الأفراد . وقد نحت تلك الأساليب البحثية نحو تعزيز الاعتقاد الذى يشترك فيه الكثيرون - ومنهم الباحثين الصحيين العالميين - بأن "المرض العقلى" ، باستثناء الاضطرابات الذهانية مثل الفصام (والتى لا يمكن فعل الكثير حيالها ، على أية حال) ، ما هو إلا حقل مبهم للضيق النفسى والتعاسة البشرية عموما .وقد تعمقت المخاوف حول شرعية محاولة علاج الأمراض العقلية فى المجتمعات الأخرى ، نتيجة للادعاءات القائلة بأن الأطباء النفسيين كثيرا ما يستغلون من قبل الأنظمة القمعية "لإسباغ صفة طبية (تطبيب) على الانحراف" (Medicalize deviance) ، أو قمع المعارضة السياسية.

النسبة المئوية للفقد فى سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز(*)



شكل ٢-١ : الإعاقة الناتجة عن مشكلات الصحة العقلية (معدل من تقرير البنك الدولى ١٩٩٣)

(*) Disability-Adjusted Life Years

وتمثل التغيرات الجذرية التى حدثت خلال العقدين الأخيرين فى سبل البحث النفسى ، أساسا لإعادة التفكير فى الأمراض العقلية فى إطار عالمى متعدد الثقافات . وقد تعرض تصنيف الأمراض النفسية – كما يظهر فى كتابى "التصنيف الدولى للأمراض"(ICD) و"دليل التشخيص والإحصائيات" (DSM) الذى تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسى – لتغيرات مهمة منذ بداية عقد السبعينات . فقد حلت فئات الأمراض النفسية ذات المعايير التشخيصية المحددة ، والمرتبطة بأنماط علاجية بعينها ، محل تلك الفئات المبنية على السببية النفسية وحدها . كما استحدث علماء الوبائيات النفسانية (Psychiatric epidemiology) أدوات لاتخاذ الأحكام التشخيصية وتحديد درجات الشدة فى الدراسات المجتمعية أو الإكلينيكية (خصوصا فى أمريكا الشمالية وأوروبا) . وتتيح تلك التغييرات الحادثة فى منهجية البحث فرصة لطرح أسئلة جديدة – حول معدلات انتشار الأمراض النفسية والعبء الناجم عنها ، والبيولوجيا العصبية للاضطرابات النفسانية ، وفعالية أنماط علاجية بعينها .

ولسوء الحظ ، فقد ركزت غالبية الأبحاث بصورة ضيقة للغاية على الجوانب البيولوجية والوراثية للأمراض العقلية ، فى حين لم يوجه سوى القليل من الاهتمام نحو العوامل الاجتماعية والثقافية ذات الأهمية الحيوية لفهمنا لتوزيع هذه الاضطرابات ، والعبء الناتج عنها ، وعلاجها فى إطار عالمى. ومنذ منتصف السبعينات ، استبدل الطب النفسى الاجتماعى "عديم الدماغ" (Brainless) الذى انتشر فى الخمسينات ، ولدرجة كبيرة ، بالطب النفسى البيولوجى " عديم العقل "(Mindless) ، مما يزيغ الانتباه عن العوامل الاجتماعية ذات الأهمية الواضحة من أجل فهم العبء الذى يسببه المرض العقلى[٢]. وتقدم سبل البحث المتوافرة حاليا فى مجال الوبائيات النفسانية ، إذا ما اقترنت بمثيلاتها فى مجالى الأنثروبولوجيا الطبية والطب النفسى المقارن (فى الثقافات المتعددة) ، فرصة لمعالجة تلك القضايا بطريقة جديدة .

أما ثالثا ، فقد أدى الاعتقاد الواسع الانتشار بأنه ليس هناك سوى القليل – إن وجد أصلا – من المعالجات الفعالة فى علاج الأمراض العقلية إلى زيادة تجاهل

الأمراض العقلية من قبل المجتمع الطبى العالمى. وقد كان لتلك النظرة ما يبررها ، ولدرجة كبيرة ، فى الماضى . وقد تسبب العديد من خدمات الصحة العقلية فى أوروبا وأمريكا الشمالية - مثل المستشفيات العامة الكبيرة الحجم والتى تفتقر إلى العدد الكافى من العاملين المدربين ، أو البيمارستانات(*) - فى جعل معاناة المرضى أكثر سوءا ، بدلا من تخفيفها . وفى أغلب الأحيان ، كانت تلك المؤسسات العلاجية تستنسخ فى أسوأ صورها فى بلدان آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية كجزء من النظام الطبى الاستعمارى (Colonial medicine)(انظر إطار ٢-١) .

وبرغم ذلك ، فقد تغيّرت علاجات المرض العقلى بصورة جذرية بداية من عقد الستينات ، عندما بدأت تتوفر العلاجات الدوائية الفعالة وأنماط جديدة من المداخلات النفسية - الاجتماعية (psychosocial). وفى غضون ما يزيد قليلا عن عقدين ، غيّرت التطورات الحادثة فى علم الأدوية النفسانى بصورة جذرية من قابلية أغلب الأمراض العقلية للعلاج ، كما منحت الأبحاث فى مجال الخدمات الصحية أساسا علميا لمعرفتنا عن مدى فعالية أنماط معينة من الرعاية وتقترح أبحاث التقييم (evaluation research) ، على سبيل المثال ، أن التداخلات العلاجية النفسية القصيرة الأمد تصبح مفيدة عند اقترانها بالأدوية الملائمة ، وأن برامج التأهيل المجتمعى (community rehabilitation) للمرضى بأمراض عقلية مستعصية يمكن أن تقدم بطريقة فعالة بواسطة الممرضات ، والعاملين الاجتماعيين ، والمواطنين المحليين المدربين[٣]. وعلى الرغم من هذا التقدم ، فقد ظلت أسوأ وجوه أنظمة الصحة العقلية البائدة لأوروبا والولايات المتحدة ، باقية فى المجتمعات ذات الخدمات المحدودة حتى فى يومنا هذا. ومن أكبر التحديات أن نترجم ما تم تعلمه بالفعل عن العلاج وعن تنظيم الخدمات ، إلى خدمات مجتمعية عريضة التوزيع ومستدامة ، خصوصا فى المجتمعات الأكثر فقرا.

(*) (Asylums : ملاجئ لإيواء المرضى العقليين - المترجم) .

إطار ٢-١: الرعاية النفسانية فى الأمريكتين : الأرجنتين وجمهورية الدومينيكان

تقع مستشفى "بادرى بلينى" للأمراض النفسية ، وهى مستشفى الأمراض النفسية العامة الوحيدة فى جمهورية الدومينيكان ، فى مجتمع "بيدرو براند" ، على بعد ٣٠ كيلومترا من العاصمة "سانتو دومنجو" وفى موقع واحد من أسوأ السجون سمعة ، والذى كانت تديره قوات الشرطة السرية التابعة لدكتاتور الدومينيكان السابق "رافايل ليونيداس تروخيللو". وبرغم أن هذه المستشفى توصف بأنها مؤسسة علاجية بطاقة ١٣٠ سريرا ، فلم تكن تحتوى دائما على أية "أسرّة" بأى معنى يمكن التعرف عليه . وعلى سبيل المثال ، كان الكثير من مرضاها يجبرون على النوم على الأرضيات التى زلّقتها النفايات البشرية أثناء الأوقات الاقتصادية العجفاء . ولم يبق نزلاؤها بدورهم ضمن الحدود الرسمية : فخلال الفترة السابقة للاحتفال بالذكرى المئوية الخامسة لاكتشاف كولومبس لأمريكا ، قام رجال الأمن فى الدومينيكان بكنس المرضى العقليين المشردين من شوارع العاصمة إلى المستشفى المزدحم (حتى لا يؤثر هؤلاء بصورة سلبية على حركة السياحة) .

وبرغم أن العاملين فى المستشفى يتكونون فى معظمهم من أطباء مقيمين مجتهدين ومتحمسين ، إلا أن الموارد العلاجية المتاحة لهؤلاء الممارسين محدودة ويؤدى النقص فى الأدوية الأساسية ، إضافة إلى نقص عدد العاملين المتفرغين لخدمات العيادة الخارجية وسبل العلاج المستهلكة للوقت ، إلى فرط استخدام المعالجة بالتخليج الكهربائى (Electroconvulsive therapy) ، والذى يوصف فى الحالات دون القياسية وليست هناك تموينات لعلاج المراضة الجسدية المصاحبة (comorbidity) ، أو الحالات الطارئة المهددة للحياة ، أو العداوى ، وما شابهها . ونتيجة لظروف الروائح العفنة والقذارة ، كثيرا ما يكون الأطباء النفسيون غير قادرين على تقييم حالة المرضى الداخليين (inpatients) بصورة فعالة . كما إن طعام المرضى والأطباء المقيمين أثناء نوبات العمل يتم طهيه خارج المستشفى على اللهب ، نظرا لأن التجهيزات الحديثة لمطبخ المستشفى لا تزال غير مكتملة .

وعند موازنة تكاليف وفوائد إدخال شخص ما إلى المستشفى ، يتوجب على الأطباء النفسيين فى الدومينيكان طرح العديد من الأسئلة غير الإكلينيكية .مثل : هل يبدو أن المريض كان ناجحا فى الحصول على طعام كاف فى شوارع المدينة ؟ وإذا كان كذلك ، فقد يكون من الأفضل له أو لها أن يبقى أو أن تبقى خارج المستشفى بدلا من تعريضهم لسوء التغذية ، والدرن ، والتهاب الملتحمة (conjunctivitis) التى تفتك بعنابر المستشفى . هل المريض ضعيف ، أو طاعن فى السن ، أو أنه شخص شديد السلبية؟ فإذا كان كذلك ، فسيكون أو ستكون هدفا سهلا للمرضى الأكثر عدوانية والمرضى المحبطين (frustrated). هل المريضة امرأة جذابة أو عذراء؟ فإذا كانت كذلك ، فسيكون

من شبه المؤكد أن يهاجمها الذكور من المرضى والعاملين ، والرجال من المجتمع المحيط بالمستشفى ، والذين يمكنهم – بمساعدة من موظفى المستشفى – أن يتسللوا إلى ساحات المستشفى ليلا سعيا وراء الجنس . وكون أن هذه عوامل ذات علاقة بتخطيط المقررات العلاجية يعكس المشكلات التى تواجه الرعاية الصحية العقلية فى جمهورية الدومينيكان . وفى هذه الدولة الكاريبية اللاتينية الجزيرية (insular) ، تبقى تلك الرعاية رهينة للتنامى المتواصل للصراعات السياسية المحلية ، ولتفشى الابتزاز والفساد السياسى، وللتأثير المدمر للتعديلات البنيوية (structural adjustments). وقد أدى تسييس الصراعات العمالية ، والاعتمادية الاقتصادية لمجتمع بيدرو براند المحيط على موارد المستشفى ، إلى إجهاض العديد من المبادرات التى استهدفت تحسين الأوضاع فى بادرى بيللينى وبرغم وجود محاولات متقطعة لدمج الرعاية الصحية العقلية – والمعروفة باسم "سندريللا الرعاية الصحية العمومية " – فى مراكز الرعاية الصحية الأولية ، يبقى تقديم خدمات الطب النفسى مقتصرا على خدمات الوصاية (احتجاز المرضى الخطرين) وخدمات التدخل فى الحالات الحرجة ، و المتوفرة فى المستشفى الوطنى. أما الخطط الرامية لتوفير مقدمى الرعاية الصحية فى المناطق الريفية ، ولتجربة العلاج خارج المؤسسات العلاجية (deinstitutionalization) ، فقد تحطمت بفعل نقص التمويل الحكومى وعدم استمرارية قيادات تنمية الرعاية الصحية .

وقد حاولت الأرجنتين ، مثلها فى ذلك مثل جمهورية الدومينيكان ، أن تمتلك نظاما للرعاية الصحية يخدم أغلب السكان . ومع ذلك ، ففى أواخر الثمانينات ، أثر انخفاض الأموال المخصصة للخدمات العمومية على نوعية (quality) خدمات الرعاية الصحية ، خصوصا تلك المخصصة للفقراء . وقد كان المرضى العقليون معرضين للخطر على وجه الخصوص .

فى عام ١٩٩٠، توفيت اثنتان وثلاثون امرأة بفعل سوء التغذية فى مستشفى "مويانو" ، وهى مستشفى حكومى للأمراض العقلية يقع خارج العاصمة بوينس أيريس ويضم ١٦٥٠ امرأة . وقد ذكرت التقارير المبدئية لمسئولى المستشفى أن تلك الوفيات قد حدثت نتيجة للتقدم فى العمر وغيره من الأسباب الطبيعية . لكن التحقيقات المتعمقة اكتشفت أن عددا من النسوة المتوفيات كن فى الأربعينات والخمسينات من العمر ؛ أدى نقص الاعتمادات المالية وسوء إدارة الموارد الحكومية إلى إصابة بعض المريضات بالمخمصة (starvation). وحسب العاملين فى مطبخ المستشفى ، كانت التغذية المقدمة للمريضات لا تتجاوز حد الكفاف (subsistence level).وقد قدِّر أن نحو ثلثى نزيلات مستشفى "مويانو" لم يكنّ بحاجة للحجز الدائم فى المستشفى لكن أسرهن هجرتهن فلم يكن لهن مكان آخر يلجأن إليه . وقد أدت صيحة الاحتجاج الجماهيرى على هذه الوفيات إلى إعفاء إداريى المستشفى من مناصبهم ، وإلى إجراء إصلاحات جذرية فى المستشفى .

وفى عام ١٩٩٢، تم كشف المزيد من الامتهانات (abuses) بفضل سلسلة من المقالات الصحفية عن المعدلات المفرطة للوفيات وعن اختلاس الاعتمادات المالية فى مستعمرة Colonia Montes de Oca، وهى مستعمرة للمرضى النفسيين قرب العاصمة بوينس أيريس . وحسب تقارير الصحف ، ففى الفترة من ١٩٧٦ إلى نهاية ١٩٩١ ، توفى ١٣٢١ مريض واختفى ١٣٩٥ آخرون من هذه المستعمرة . ومن بين أولئك الذين "اختفوا" ، طبيبة شابة كانت تبحث عن شقيقى زوجها اللذين اختفيا بدورهما . وقد أدت التحقيقات التى تلت نشر التقرير إلى إقالة أحد كبار العاملين بتهمة سوء الإدارة وتقديم مستوى متدن من الرعاية ، إضافة إلى تهمة اختلاس الأموال المخصصة للإنفاق على تلك المؤسسة العلاجية .

وفى كل من الأرجنتين وجمهورية الدومينيكان ، تنتج الكثير من مشكلات سوء الرعاية النفسانية عن الظروف السياسية والاقتصادية . ومع ذلك ، فحتى تحت أفضل الظروف ، كثيرا ما يكون المرضى العقليين فى أغلب الدول عاجزين ؛ كما أنهم يحرمون من المزيد من حقوقهم خلال فترات الاضطراب السياسى أو الاقتصادى . ولمنع هذه الانتهاكات ، هناك حاجة ملحة لتحسين نوعية الرعاية الصحية العقلية ، وتقوية إدارات هذه المؤسسات لمنع الفساد ، والمراقبة الدقيقة لحصول المرضى العقليين على حقوقهم[٤] .

وهناك تغير آخر فى فهمنا للمرض العقلى فى إطار عالمى ، لكنه غير ذى أهمية . ركز الطب النفسى الاجتماعى للجيل السابق ، وبصورة أساسية ، على العلاقة بين مستوى الأعراض النفسية والوضع الاجتماعى (بما فيه الفقر) ، مما يقترح بوضوح أن الظروف الاجتماعية غير المواتية هى السبب الرئيسى للمرض العقلى ، وهى نظرية سببية مفرطة التبسيط . وقد اقتصر اهتمام اختصاصيى الطب النفسى عبر الثقافات المختلفة (cross-cultural) لنفس الحقبة على المتلازمات الشاذة التى توجد فى المجتمعات غير الغربية – والمسماة بالاضطرابات المرتبطة بالثقافة (Culture-bound disorders). وخلال العشرين عاما الماضية ، قدمت أبحاث الأنثروبولوجيا الطبية والطب النفسى عبر الثقافات المختلفة أسسا "لطب نفسى عابر للثقافات جديد"[٥]، وقد حفّزت هذه الأبحاث جزئيا المقاربات المبتكرة للطب النفسى الثقافى (cultural psychi- atry) وعلم الوبائيات الثقافية (cultural epidemiology) فى أفريقيا وآسيا[٦]. وقد أدت النماذج النظرية الجديدة والدراسات الخبرية (التجريبية) إلى تحويل فهمنا لدور

الثقافة والقوى الاجتماعية فى تشكيل جميـع الأعراض النفسية والأمراض العقلية ، وفى إحداث القابلية للمرض العقلى وتحفيز حدوث النوبات المرضية ، وفى تنظيم تصنيف المرض العقلى والاستجابة السلوكية له ، وفى تقديم أنماط محلية (indige- nous) للرعاية[٧].

وتقدم هذه التحولات الجذرية فى الطب النفسى وفى نماذج البحث النفسى ، فرصة لإعادة تقييم موقع الأمراض العقلية وعلاجها ضمن إطار الصحة العالمية . فما الذى نعرفه عن الحِمل الذى تمثله الأمراض العقلية عالميا - أى عن معدلات حدوثها (incidence) وتفشيها (prevalence)، وعن عوامل الخطر والتوزيع الاجتماعى ، وعن مقدار هذا الحِمل على الأفراد ، والأسر ، والجماعات، والمجتمعات ؟ وما هى أنماط العلاج المتوافرة ؟ وكيف يمكن تطبيقها بفعالية فى المجتمعات المعوزة من الناحية الاقتصادية ؟ وما هى فوائد صياغة مشكلات الصحة العقلية كمشكلات "بيو- طبية " (biomedical) ، وما هى الأضرار المحتملة ؟ ما هو مدى فعالية العلاجات الشعبية والمبنية على الأسرة ، إضافة إلى الخدمات الصحية الموجودة بالفعل ؟ ما هى التحديات والأولويات المحددة لتحسين خدمات الصحة العقلية ؟ وبرغم أنه ليس بوسعنا سوى تقديم أجوبة تخطيطية لبعض هذه الأسئلة ، مع تحديد قدر المعرفة الإضافية التى نحتاج إليها ، نأمل أن نقترح طرقا جديدة للتفكير بالأمراض والخدمات الصحية العقلية فى إطار الرعاية الصحية الدولية والسياسات الاجتماعية .

عبء الأمراض العقلية من منظور دولى

من بين الأنماط المتنوعة للمعاناة البشرية التى تتم مراجعتها ضمن سياق هذا الكتاب ، يبدو من الواضح أن الأمراض العقلية أكثرها عرضة للتدخلات "الطبية" . وعلى مدى جميع العصور التاريخية ، تمت معايشة وفهم الجنون وبعض الأنماط الأخف من الضغوط العصبية "كمرض" ، كما تم علاجه من قبل المعالجين المحليين ، والشعبيين ،

والمهنيين . ومنذ نهاية القرن الماضى ، تم "تطبيب" (medicalizing) الأمراض العقلية، بمفهوم أكثر تقييدا : فقد أصبح ينظر إليها كنوع خاص من الأمراض الطبية (أى الأمراض العصبية – النفسية) ، كما أصبحت موضوعا للأبحاث الإكلينيكية وأبحاث العلوم الأساسية ، كما كانت حقلا لقطاع مهم من الخدمات الصحية .

وخلال العقود الثلاثة الماضية ، أصبح ينظر إلى الأمراض العقلية ضمن حقل الطب النفسى كمجموعة من الاضطرابات المتفرقة (ولذلك تسمى "بالأمراض" [illnesses] فى صيغة الجمع) ، التى تظهر بنمط حاد أو مزمن ، والتى يمكن معالجتها بنجاح بصورة أو بأخرى (مثلها فى ذلك مثل غيرها من الأمراض) باستخدام أدوية معينة ، والتدخلات النفسية – الاجتماعية ، إضافة إلى سبل الرعاية التأهيلية .أما الحد الذى تعرّف به "أسباب" هذه الحالات المرضية إما كنوعية وبيولوجية (وراثية ، عصبية – صماوية ، فيروسية ، إلخ .) أو كأسباب أكثر عمومية: اجتماعية أو نفسية (psycho- logical) (الرضح ، أو الأنماط المزمنة من الضغوط البيئية ، أو الإجراءات الاجتماعية الظالمة) ، فلا يزال محلا للجدل . كما أن المصداقية عبر الثقافية لأنواع معينة من المرض – أى "عموميتها" (universality) مقابل "خصوصيتها الثقافية" (cultural specificity) – أبعد ما تكون عن كونها مؤكدة[٨]. ومع ذلك ، تقدم هذه الفئات (cate- gories) العامة هيكلا لمراجعة موارد وأعباء الأمراض العقلية من منظور عالمى .

الفصام

تعد الفصامات (Schizophrenias) مجموعة من الاضطرابات العقلية الشديدة التى يبدأ ظهورها فى أواخر مرحلة المراهقة أو أوائل مرحلة النضج[٩]. ولهذه الأمراض تأثير مدمر ، ليس فقط بسبب ما ينتج عنها من الاضطراب العاطفى والتشوش الذهنى والخوف ، بل وبسبب آثارها الاجتماعية على المرضى وأسرهم . وفى جميع المجتمعات تقريبا ، تكون أى من النظريات التى يتداولها الناس بخصوص أسبابها ، سواء كان الذهان أو الجنون ، موصومة (stigmatized) للغاية. وفى بعض المجتمعات ، يعتقد أن

الجنون مُعد (contagious) أو أنه ينتقل بين أفراد الأسرة الواحدة . ونتيجة لذلك ، يتم اجتناب المريض وأسرته فتصبح احتمالات زواجه أو زواجها محدودة . وتؤدى هذه الوصمة (stigma) إلى الانعزال والتجاهل . وكثيرا ما يتم إخفاء المرضى وتساء معاملتهم من قبل أفراد الأسرة ، أو يتم احتجازهم فى المستشفيات تحت ظروف تبعث على الأسى (أحيانا ما يتم حبسهم فى مجموعات ، دون ملابس ، مع تغذية لا تكاد تسد رمقهم) . ويتم السخرية من بعضهم على الملأ أو يتركوا بدون طعام أو مأوى كجزء من مجموع المشردين . بينما يُعامل البعض الآخر بعناية ، ويشاركون فى الأنشطة المجتمعية والعائلية ، ويعتبرون كمعتوهين أو مرضى لكنهم لا يعزلون عن أنشطة الحياة اليومية .

وحسب كرامر (Kramer) ، كان هناك نحو ٢٣ مليون مصاب بالفصام فى العالم عام ١٩٨٥، يعيش ثلاثة أرباعهم فى الدول الأقل تقدما[١٠]. وتقترح الأنماط الديموغرافية (السكانية) المستقبلية أنه بحلول العام ٢٠٠٠ سيرتفع العدد المطلق للمرضى فى هذه الدول من ١٦,٧ إلى ٢٤,٤ مليونا ، بزيادة مقدارها ٤٥٪. وتعد هذه الزيادة ، مثلها فى ذلك مثل أنواع الخرف الشيخوخى ، من آثار ارتفاع عدد الأشخاص الذين يبقون على قيد الحياة حتى بلوغ عمر التعرض للخطر ، والذى هو فى هذه الحالة المجموعة العمرية بين الخامسة عشرة والخامسة والأربعين .

فى الفصام الحاد ، تضم العلامات والأعراض الإكلينيكية الظاهرة الضلالات (delusions) [المعتقدات الخاطئة] ، والهلاوس (hallucinations) [أصوات أو رؤى متوهمة] ، و أفكار مختلطة وغير مترابطة ، وحالة مزاجية غير متوافقة مع الأفكار ، وعدم إدراك المريض لكونه مريضا . وبسبب السلوك الشاذ والمتهيج للمريض أو المريضة ، كثيرا ما يكون (أو تكون) مُربكا ومزعجا لمجتمعه . وفى الفصام المزمن ، تستبدل الأعراض "الموجبة" للمتلازمة الحادة (أى الضلالات والهلاوس) ، بالأعراض "السلبية " من قلة النشاط (underactivity) ، والخمول (apathy) ، وفقدان الدوافع (lack of drive) ، والانطواء الاجتماعى (social withdrawal).

يعد "الذهان التفاعلى القصير الأمد" (brief reactive psychosis) ، والذى يمكن أن يشبه حالات الفصام الحاد ، اضطرابا عابرا ذا مستقبلية جيدة ، ويرى عادة فى المرضى المصابين بإحدى الحالات الطبية الحادة . وبسبب أهمية - وصعوبة - تفريق الفصام عن الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة ، فقد تطلب تصنيف ICD-10 ، أى المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض (International Classification of Diseases) ، وجود الضلالات ، والهلاوس، وغيرهما من الأعراض المرضية ، لمدة شهر واحد على الأقل من أجل تشخيص الفصام[١١]. أما فى تصنيف DSM-IV، أى المراجعة الرابعة لدليل التشخيص والإحصائيات (Diagnostic and Statistical Manual) ، فلابد من وجود علامات التشوش بصورة مستمرة لمدة لا تقل عن ستة أشهر[١٢]. (وبذلك ، فإن المرضى الذين تسكن أعراضهم المرضية قبل فترة الأشهر الستة سيصنفون كفصاميين تبعا لتصنيف ICD-10، ولكن ليس تبعا لتصنيف DSM-IV). وتشير الأدلة المتوافرة إلى أن نسبة (ratio) الذهانات التفاعلية قصيرة الأمد إلى الفصام قد تكون أكبر فى بعض المجتمعات غير الصناعية عنها فى أوروبا وأمريكا الشمالية .

وتتراوح تقديرات التفشى (prevalence estimates) للفصام ، والمأخوذة من الدراسات التى أجريت فى البلدان منخفضة الدخل ، ما بين ٠,٨ فى الألف فى المناطق الريفية من الصين ، إلى ٥,٩ فى الألف فى كلكتا بالهند (انظر جدول ٢-١). وتظهر الدراسات الوبائية الأوروبية مدى (range) أكثر تحديدا من معدلات التفشى التى تتراوح ما بين ٢,٥ و٥,٣ فى الألف[١٣]. وقد قررت أكثر الدراسات التى أجريت فى الصين توسعا ، أن معدل التفشى اللحظى (point prevalence) للفصام يتراوح ما بين ٦,٠٦ فى الألف فى المناطق الحضرية ، و٣,٤٢ فى الألف فى المناطق الريفية . وباعتبار أن عدد السكان فى الصين هو ١,١ مليار نسمة ، مع نسبة لسكان الريف إلى الحضر مقدارها ٣ إلى ١ ، تقودنا معدلات التفشى المذكورة لتقدير وجود نحو ٤,٥ مليون مصاب بالفصام فى أى وقت محدد . وتقل نسبة نزلاء المستشفيات من بين هؤلاء عن ٢٪ فى أى من مستشفيات القطر النفسية البالغ عددها ٤١٤ مستشفى ؛ يعيش نحو ٣,٤٪ من المرضى بمفردهم ، ويوجد أقل من ٤٪ منهم فى السجون ، أو فى دور الرعاية ، أو فى الطرقات . ويعيش أكثر من ٩٠٪ منهم مع عائلاتهم ، وهى أكثر من

ضعف النسبة المئوية الموجودة فى الولايات المتحدة . ومع ذلك ، فقد أدت التحولات التى حدثت فى الصين خلال العقود العديدة الماضية (مثل صغر حجم الأسر ، وتقلص إمكانية الحصول على الرعاية الصحية المجانية ، وازدياد التنافس للحصول على الوظائف ، وارتفاع القيمة المخلوعة على الاستقلال الفردى) ، إلى ازدياد الصعوبات التى تواجه العائلات فى التعايش مع الفصام داخل محيط الأسرة[١٤].

ولأن السبب المحدد للفصام لا زال غير معروف حتى الآن ، فليست هناك أيضا أية صيغة معروفة لدينا لمنع وقوعه . ويتضح وجود التراكم العائلى (familial aggrega- tion) فى الدراسات التى أجريت على أجيال عديدة من المرضى ؛ فترتفع معدلات التوافق (concordance) فى التوائم المتماثلة عنها فى غير المتماثلة ، لكن الوراثة لا تفسر سوى أقل من نصف التفاوت الموجود. وبرغم الأدلة القوية على وجود استعداد وراثى للإصابة بالمرض ، إلا أن ما يتم توريثه بالفعل يبقى مجهولا[١٥]. فليس هناك من جين (gene) واحد مسؤول عن الإصابة بالفصام[١٦].

وقد وجدت الدراسات الوبائية التى أجريت فى أوروبا وأمريكا الشمالية أن الفصام ينتشر فى الطبقات الاجتماعية – الاقتصادية (socioeconomic) الدنيا أكثر منه فى تلك العليا . وقد جادل البعض لعقود عدة بأن الظروف المعيشية غير المواتية أو المسببة للتوتر العصبى تزيد من خطر بداية ظهور الفصام . وقد اقتنع آخرون بأن أعدادا غير متكافئة من الذين يعانون من الفصام توجد بين الفقراء ، وفى المدن ، وبين أفراد بعض مجتمعات المهاجرين ، وذلك بسبب "الانجراف"(drift) وليس "الكَرْب" (stress) أى أن أولئك الذين يعانون من الفصام يصبحون معاقين ، ومن ثم فمن المحتمل أن يصبحوا فقراء ، "ينجرفون" إلى الفقر أو ينتقلون إلى المدينة بحثا عن الخدمات المجتمعية . وقد خلص بروس دورنويند (Dohrenwend) وزملاؤه إلى أن التحول الاجتماعى (social drift) وليس الكرب (الضغوط الاجتماعية) يفسر ارتفاع معدلات تفشى الفصام فى الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا فى المجتمع[١٧]. (وعلى العكس من ذلك ، تشير أبحاثهم إلى أن مستويات متباينة من الضغوط الاجتماعية تتسبب فى ارتفاع معدلات الإصابة بالاكتئاب بين أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا). ولا تقدم لنا أى من البيانات المتوافرة نموذجا واضحا للعوامل

الاجتماعية أو البيولوجية (القابلة للمنع) التى تتسبب فى بداية حدوث الفصام . وستحتاج الأبحاث التالية لتحديد مثل هذه المصادر إذا كانت هناك النية لبذل الجهود من أجل منع وقوع المرض.

جدول ٢-١ : الدراسات التى أجريت على معدلات تفشى الفصام

المؤلف/السنة	البلد	المنطقة	عدد السكان	النسبة/١٠٠٠
		أفريقيا		
Baasher,1961	السودان	ريفية	٣,٩٨٤	٢,٠
		آسيا		
Nandi et al.,1975	الهند	ريفية	١,٠٦٠	٢,٨
ICMR,1986	الهند	ريفية	١٤٦,٣٨٠	٢,٢
Verghese et al.,1987	الهند	حضرية	١,٨٨٧	٢,٦
Padmavathi et al.,1987	الهند	حضرية	١٠١,٢٢٩	٢,٥
Sen et al.,1984	الهند	حضرية (حى الفقراء فى كلكتا)	٢,١٦٨	٥,٩ (M٤,٥-F٦,٦)
Wijesinghe et al.,1978	سريلانكا	شبه حضرية	٧,٦٥٣	٥,٩ (M٤,٥-F٢,٦)
Shen et al.,1981	البر الرئيسى للصين	مختلطة	١٩٠,٠٠٠	١,٩(M١,٢-F٢,٦)
Shen,1981	البر الرئيسى للصين	٩مناطق حضرية و(٨ ريفية)		١,٤-٥,٦(و٠,٨-٤,٦)
Lin et al,1989	تايوان	المناطق التايوانية (والصينية)		١,٤(و٢,٥)

M = ذكور ، F = إناث ، ICMR = المجلس الهندى للأبحاث الطبية. (المصدر:Jablensky,1993)

وإذا كانت الأبحاث قدمت أدلة ضئيلة لفهم الأصول الاجتماعية للفصام ، فهى تقدم دعما قويا للنظرية القائلة بأن العوامل الاجتماعية والثقافية تؤثر على سير ومستقبلية الفصام . وفى عام ١٩٧٦ ، نشر فريق تابع لمنظمة الصحة العالمية نتائج دراسة استغرقت سنتين لمتابعة الأفراد الذين تم تشخيص إصابتهم بالفصام فى تسع دول . ومما أصاب الباحثين بالدهشة أن النتائج النهائية كانت شديدة التباين . فقد تحسن المصابون فى الدول الفقيرة بصورة أفضل بكثير مما فعل أقرانهم فى أوروبا والولايات المتحدة . وعلى سبيل المثال ، وجد أنه بعد مرور سنتين على أول نوبة تتم معالجتها من الفصام ، تم تقرير نسبة شفاء قدرها ٥٨٪ فى نيجيريا و٥٠٪ فى الهند ، بينما لم يتم تقرير شفاء سوى نسبة ٨٪ من المرضى فى الدانمرك[١٨]. وقد كانت هذه النتائج مذهلة ، لأن الفصام كان يعتبر عموما كمرض مزمن يتسم بأعراض مرضية شديدة ومستديمة ، تؤدى لانحدار عقلى شبه مؤكد مع مرور الزمن. وقد تم الشك على الفور بتشابه العينات عبر البلدان التى شملها البحث ، كما اقترح الناقدون أنه قد تم اختيار حالات مرضية أكثر شدة فى أمريكا الشمالية وأوروبا. ومن أجل استقصاء المصادر المحتملة لتباين النتائج النهائية ، بدأت منظمة الصحة العالمية دراسة ثانية اعتمدت معايير تشخيصية (diagnostic criteria) أكثر تشددا ، كما حصلت على عينات أكثر اكتمالا من الحالات التى أدخلت المستشفى لأول مرة[١٩]. وبرغم أن نتائج تلك الدراسة كانت أقل إثارة للدهشة ، لكنها كانت مشابهة لنتائج الدراسة الأولى (انظر جدول ٢-٢).

وتشير الأبحاث حاليا إلى وجود أنماط متعددة لسير المرض بالنسبة للأشخاص الذين يتعرضون لنوبة مبدئية من المرض الفصامى ، تتراوح بين نوبة منفردة تليها هدأة (remission) كاملة للأعراض المرضية ، وبين سير مرضى مزمن ومتدهور بدون أية هدءات. وتتم حاليا مقارنة نتائج هذه الدراسات العالمية بنتائج الدراسات الطولية (longitudinal) فى أمريكا الشمالية وأوروبا[٢٠]. وعلى سبيل المثال ، وجدت مراجعة نتائج خمس دراسات طويلة الأمد أجريت على المرضى الأمريكيين الذين تمت متابعتهم لما يزيد على العشرين عاما ، أن نسبة النصف على الأقل - أو الثلثين كما يدعى البعض - من ١,٣٠٠ مريض تمت دراسة حالاتهم " حصلت على الشفاء ، أو على تحسن

ملموس"[٢١]. ومضامين هذا التقرير واضحة :"فالسير الطبيعى" للفصام لا يحتاج بالضرورة لإحداث التدهور والإزمان فى جميع المصابين . ويعزو بعض الباحثين الاختلافات الموجودة فى مستقبلية المرض (prognosis) إلى أنماط فرعية مختلفة من المرض ؛ ومع ذلك ، فكبار الباحثين اليوم يجادلون بأن للإزمان (chronicity) "تأثير قليل على أية نتيجة فطرية للاضطراب ، وتأثير أكبر على عدد لا يحصى من العوامل البيئية وغيرها من العوامل النفسية – الاجتماعية التى تتفاعل مع الفرد ومع المرض" [٢٢].

وباعتبار الكلفة البشرية والمادية الهائلة للأمراض العقلية المستعصية ، فإن لدينا الكثير لنتعلمه من استقصاء العوامل الاجتماعية ، والثقافية ، وغيرها من العوامل البيئية التى تؤثر على سير وعلى نتيجة الأمراض العقلية الكبرى .

جدول ٢-٢:نتائج دراسة منظمة الصحة العالمية ذات السنوات الخمس لمرضى الفصام : المدن فى الدول "المتقدمة" مقابل مثيلاتها فى الدول "النامية"

الموقع الجغرافى	النسبة المئوية الأفضل النتائج	النسبة المئوية لأسوأ النتائج
	الدول المتقدمة	
أروس ، الدانمرك	٦	٤٠
لندن ، المملكة المتحدة	٥	١٤
موسكو ، روسيا	٦	٢١
براغ ، جمهورية التشيك	٩	٢٣
واشنطن ، الولايات المتحدة	١٧	٢٣
	الدول النامية	
أجرا ، الهند	٤٢	١٠
كالى ، كولومبيا	١١	٢١
إيبادان ، نيجيريا	٣٣	١٠

المصدر (Jablensky et al.,1992b)

وبهذا يمكن أن يكون للدراسات التى تتناول بيئات اجتماعية معينة ، مضامين حيوية ليس فقط بالنسبة لتطوير خدمات الصحة العقلية ، بل وبالنسبة لتوقع التأثير الواقع على المرضى العقليين بفعل بعض أوجه التحول الاقتصادى ، وبالنسبة لإيجاد التدخلات النفسية – الاجتماعية التى قد تثبت فاعليتها فى المجتمعات الأخرى.

وهناك العديد من النظريات الهامة عن الكيفية التى يمكن بها للعوامل الاجتماعية والثقافية أن تساهم فى إحداث سير مرضى أخف وطأة للمرض العقلى . أولا ، وجدت الدراسات الأنثروبولوجية والدراسات العابرة للثقافات أن المفاهيم المتعلقة بسبب وسير الفصام لدى أعضاء مجتمع ما أو مجموعة اجتماعية بعينها (بمن فيهم مهنيى الصحة العقلية) ، تؤثر بقوة على ردود أفعالهم تجاه المرضى ، كما تؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة على سير المرض[٢٣]. وفى الأماكن التى تعتبر فيها مثل هذه الأمراض جزءا لا يتجزأ من الشخصية ولا يمكن توقع تغيره (مثال : "الفصامى" مقابل "المريض المصاب بالفصام") ، فمن المرجح أن تكون هذه الأمراض مزمنة. وعلى العكس من ذلك ، يمكن لبعض المفاهيم الأخرى (مثل الاعتقاد بأن الشخص المريض قد تلبسته الأرواح الشريرة التى يمكن طردها من جسمه) أن تعد الساحة للتعافى .

ثانيا، يمكن أن تقدم الأسر الموسعة (extended families) ، والموجودة فى العديد من البلدان ، بيئة داعمة تقلل من شدة المرض العقلى . لكن هذه "الأسر الموسعة" أبعد ما تكون عن التماثل فى المجتمعات المختلفة ، كما أن الأسر المختلفة ليست داعمة بصورة متماثلة لأعضائها من المرضى العقليين . ومع ذلك ، يبقى تأثير أوجه الدعم الأسرى على سير المرض من الأهمية بمكان ، كما يظل مجالا مهما للبحث وللتدخلات النفسية – الاجتماعية[٢٤].

ثالثا، يبدو أن شدة السير المرضى مرتبطة ببيئة العمل (work environment) وبمستوى المشاركة فى اقتصاد الأجور (wage economy). ويمكن للفرص الأكبر التى تتوافر للمصابين بأمراض عقلية للمشاركة فى أعمال ذات مغزى فى بعض الدول غير الصناعية ، أن تسهم فى تحقيق نتائج أفضل[٢٥]. وتعد مضامين هذه النظرية بالنسبة لبرامج التأهيل من الأهمية بمكان .

وأخيرا ، يمكن لخصائص الملابسات العلاجية (treatment settings) ، إضافة إلى بعض العلاجات الخاصة ، أن تؤثر على النتائج إيجابا وسلبا . ويمكن للتدخلات النفسية – الاجتماعية التى تهدف لتأهيل المرضى العقليين أن تتسبب ، دون قصد ، فى إحداث الاعتمادية (dependency) ، وكثيرا ما تتشجع أنظمة الصحة العقلية بدهاء (من خلال سياسات التعويض المادى) على الاحتفاظ بجماعات من المرضى بدلا من تشجيع حصولهم على حقوقهم واستقلالهم عن أنظمة الرعاية[٢٦]. وبهذا تكون هناك حاجة للمزيد من الأبحاث الأساسية عن الملابسات العلاجية وعن سياسات الصحة العقلية ، إذا أردنا فهم السير الاجتماعى للمرض العقلى وتصميم أنظمة أكثر فعالية لتشجيع الشفاء من هذه الأمراض .

ما هى أكثر أنماط العلاج فعالية بالنسبة للفصام ؟ ليس هناك علاج طبى متاح حتى اليوم يمكنه "شفاء" المرض . ومع ذلك ، فمن المتعارف عليه حاليا أن مزيجا من الأدوية والتدخلات المعتمدة على المجتمع أو على الأسرة يعتبر أفضل أنواع العلاج المتاحة لأولئك الذين يعانون من الفصام ، ومن المألوف تماما أن ينتج عنه تحسن المرضى وشفاؤهم[٢٧]. ويمكن للأدوية المضادة للذهان (neuroleptic drugs)، والتى كان الكلوربرومازين أولها ولا يزال يمثل النموذج البدئى لها ، أن تخفف شدة الأعراض الحادة التى تتعارض مع الأنشطة المهنية والاجتماعية . ويمكن لبرامج الإعادة التدريجية إلى العمل (والتى تبدأ بالورش المحمية لأكثر المرضى إعاقة) ، أن تيسر استعادة المرضى لأدوارهم الاجتماعية . وقد أوضحت الدراسات التى أجريت فى العديد من المجتمعات ، بما فيها المملكة المتحدة والولايات المتحدة والصين ، أنه بالإمكان التقليل من احتمالية الانتكاس (relapse) بعد هدأة نوبة مرضية حادة من خلال تقديم المشورة الداعمة والنصح للعائلات التى يعود إليها المرضى. ويمكن أن تقدم هذه الخدمات عن طريق الممرضات النفسيات بعد خضوعهن للدورات التدريبية اللازمة[٢٨].

وقد أظهرت الخبرة الواسعة أن فترات الحجز المطولة فى المستشفيات التى تفتقر للعدد الكافى من العاملين المهنيين تتفاعل مع العملية المرضية للفصام لإنتاج متلازمة من الانهيار الاجتماعى (social breakdown) لا تقل فتكا عن المرض ذاته[٢٩]. ونتيجة لذلك ، تركز برامج الصحة العقلية حاليا على تشجيع العلاج داخل المجتمع ، إلا إذا

مثّل المرضى خطرا على الآخرين أو على أنفسهم . وكثيرا ما يتم تعزيز هذا العلاج بفترات قصيرة من الدخول إلى المستشفى عند الحاجة ، ثم العودة سريعا إلى المجتمع مع خطط ملائمة لرعاية المتابعة ، بما فيها تناول الأدوية تحت الإشراف ، والتأهيل المهنى ، وتقديم الدعم للأسرة .

الاضطرابات المزاجية (الوجدانية)

تلاحظ منظمة الصحة العالمية ، أن فى الاضطرابات المزاجية ،" يكون الاضطراب الأساسى هو تغير الحالة المزاجية أو الوجدان ، عادة نحو الاكتئاب .... أو العُجب (elation)"[٣٠]. وتتسم أغلبها بالتكرارية . وتتخذ ، نمطيا ، إما صورة الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب (bipolar) ، أو الاضطرابات الاكتئابية .

وتتسم الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب (الاضطراب الهوسى الاكتئابى :Manic depressive disorder) بنوبات متكررة تضطرب فيها بصورة ملحوظة الحالة المزاجية للمريض ، وطاقته ، وأوجه نشاطه ، أحيانا فى صورة النشوة (العُجب) وفرط النشاط (الهَوَس) ، وفى أحيان أخرى نحو انخفاض الحالة المزاجية ونقص الحيوية (الاكتئاب). وبرغم وجود فترات تعود فيها حالة المريض المزاجية إلى طبيعتها ، إلا أن النوبات المرضية تميل للتكرر . وتتسم النوبات الهوسية بارتفاع الحالة المزاجية ، والذى يتراوح بين المرح الخالى من الهموم وبين الاستثارة غير المتحكم فيها ، والمصحوبة بالتحدث دون توقف ، وقلة ساعات النوم ، وفقدان الوازعات الاجتماعية المعتادة . ويمكن أن يصاحب الهوس ضلالات وهلاوس. ويمكن منع حدوث النوبات الهوسية الحادة باستخدام العقاقير المضادة للذهان (Neuroleptic drugs) ، كما يمكن تقليل احتمالية الارتجاع بتناول المريض أملاح الليثيوم يوميا .

وتتميز النوبات الاكتئابية بنفس الخصائص الإكلينيكية الموجودة فى المرض الاكتئابى وحيد القطب (unipolar).ويعد الاكتئاب ، حسب المفاهيم الحالية للطب النفسى ، اضطرابا مزاجيا يمكن حدوثه كنوبة وحيدة طوال العمر (وهو من غير

المألوف) ، أو كواحدة من نوبات متعددة (وهو الأكثر شيوعا) ، أو كجزء من اضطراب متناوب مع الهوس (الاضطراب ثنائى القطب). ويعانى المرضى من كربات نفسية وبدنية شديدة ؛ إذ يحطم المرض قدرتهم على تأدية مهامهم داخل نطاق الأسرة ، وفى العمل ، أو فى الحياة الاجتماعية . ويعد الانتحار (suicide) أسوأ عقابيل الاكتئاب . ويقدر أن نحو ٤٠ إلى ٧٠ فى المائة من جميع ضحايا الانتحار فى الولايات المتحدة هم من مرضى حالات الاكتئاب الكبرى (Major depression)[٣١].

وفى الحين الذى يتميز فيه الفصام بكونه اضطرابا نادر الحدوث لكنه مرتفع الشدة ، يتميز الاكتئاب بارتفاع معدلات حدوثه ، مع شدة تتراوح بين المتوسطة وبين المرتفعة . وعلى سبيل المثال ، بلغت معدلات حدوث الاكتئاب فى عام واحد عشرة أضعاف مثيلاتها فى الفصام ، وذلك حسب دراسة سكانية كبرى أجريت فى الولايات المتحدة[٣٢]. وتشير الاستقصاءات التى استهدفت المرضى المراجعين لعيادات الرعاية الصحية الأولية فى أقطار أفريقيا جنوبى الصحراء ، وفى غيرها من الدول ، أنه بالنسبة لما بين خُمس وثلث الحالات ، كان الاكتئاب هو السبب الأولى أو الثانوى الذى دفعهم لطلب الرعاية الصحية – وهى نتائج شبيهة بتلك التى خلصت إليها الأبحاث المتكررة فى أمريكا الشمالية وأوروبا[٣٣]. وعلى ذلك ، ينتج الاكتئاب ، من منظور تراكمى ، مراضة (morbidity) فى المجتمع أكبر بكثير من تلك التى تنتج عن الفصام. وبالإضافة إلى ذلك ، يؤثر الاكتئاب بصورة أكبر على معدل الوفيات المبكرة (premature mortality) ، على اعتبار أنه يعد من عوامل الخطر الكبرى لحدوث الانتحار. وفى الولايات المتحدة ، تسبب الاكتئاب فى تحميل ميزانية الدولة نحو ٤٤ مليار دولار فى عام ١٩٩٠ ، وهو ما يقارب التكاليف الناتجة عن الأمراض القلبية ، وما يقارب ٣٠ فى المائة من مجمل تكاليف جميع الأمراض العقلية فى تلك السنة ، والبالغة ١٤٨ مليار دولار[٣٤]. ويقدر تقرير البنك الدولى أن الاكتئاب يأتى فى المرتبة الخامسة من حيث تسبيبه للعبء المرضى (illness burden) فى النساء ، وفى المرتبة السابعة فى الرجال ، وذلك فى الدول النامية التى شملها الاستقصاء .

يتسم الاكتئاب بوجود الحزن ، وقلة الاستمتاع بالحياة اليومية ، وتغير الوزن ، واضطراب أنماط النوم ، والتعب ، والشعور بعدم الأهمية (worthlessness)، ولوم

الذات ، وانخفاض القدرة على التركيز ، وعدم القدرة على اتخاذ القرار ، وتغيرات فى الأنماط الحركية (البطء [retardation] أو التهيج [agitation]). ويتسم الاكتئاب المزمن (خلل الوجدان :dysthymia) ببقاء هذه الأعراض المرضية لأعوام عديدة.

ويعيش كثير من الناس تجربة الاكتئاب كمجموعة معوِّقة من الأعراض الجسدية ، التى تضم الآلام المزمنة ، والتعب الموهِن ، والصداع المستمر. وفى بعض المجتمعات تعد الشكاوى الجسدية هى اللغة الرمزية المفضلة للتعبير عن الإجهاد النفسى - الاجتماعى ، بما فيه الاكتئاب والقلق ؛ وفى غيرها ، فعادة ما يُحس الاكتئاب ويتم التعبير عنه باصطلاحات سيكولوجية أو عاطفية[٣٥]. وللنتائج مضامين هامة فيما يتعلق بالرعاية الصحية. وجد الباحثون أنه عندما يعرض الاكتئاب بصورة أعراض جسدية ، فمن غير المحتمل أن يتم التعرف عليه وعلاجه بصورة ملائمة من قبل العاملين فى مجال الرعاية الصحية[٣٦].

ترتفع التكاليف التى يتحملها نظام الرعاية الصحية من جراء إنفاق الموارد المتوافرة فى البحث عن أسباب ، أو "معالجة" ، حالات مرضية جسدية غير موجودة أصلا. وبرغم الانتشار الواسع للاكتئاب ، إلا أن قلة فقط من المرضى المكتئبين تتلقى العلاج الملائم[٣٧]. وكثيرا ما يفشل العاملون فى قطاع الرعاية الصحية الأولية فى التعرف على الاكتئاب وتشخيصه. وبهذا ، فكثيرا ما تفقد فرصة الاستفادة من العلاجات الدوائية والسيكولوجية المتوافرة حاليا .

ويعانى مرضى الاكتئاب من الإعاقة والإجهاد العصبى بالقدر نفسه الذى يصيب المرضى بأمراض طبية مزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم ، والداء السكرى ، ومرض الشرايين التاجية ، والتهاب المفاصل[٣٨]. ويتم تحفيز التعافى من النوبات المنفردة من الاكتئاب بفعل العلاج المناسب ، لكن الانتكاس يبقى مألوفا ، ولذلك فإن الرعاية الطويلة الأمد ضرورية[٣٩]. ويصيب الاكتئاب أفراد الأسرة الواحدة ، مما يعكس وجود استعداد وراثى للإصابة بالمرض. ومع ذلك ، فهناك دليل مماثل فى القوة على أن تجارب مرحلة الطفولة ، مثل فقد أحد الوالدين ، تنتج أيضا استعدادا للإصابة بالاكتئاب ، وعلى أن فقد الأحباء فى مرحلة النضج قد يتسبب فى حدوث نوبات من الاكتئاب[٤٠]. وعلى هذا تكون للاكتئاب أسباب بيولوجية واجتماعية فى الوقت نفسه .

وقد قرر الباحثون وجود زيادات كبيرة فى معدلات الإصابة بالاكتئاب فى تايوان خلال فترة الأعوام الثلاثين التى استغرقتها عملية التطور السريع للجزيرة[٤١]. وتتراكم الأدلة على أن معدلات الاكتئاب قد تزايدت فى الولايات المتحدة ، وأوروبا الغربية ، وبورتو ريكو ، ولبنان ، وتايوان خلال العقود الأخيرة ؛ فالاكتئاب الآن يُرى فى سن أصغر وبمعدلات أكبر[٤٢]. وبرغم الأدلة التى لا يستهان بها فيما يتعلق بأوجه الترابط الاجتماعية العامة الخاصة بالاكتئاب ، و بعوامل الخطر السيكولوجية للإصابة به ، فلا زلنا لا نعلم على وجه التحديد تلك السبل السببية المحددة التى تحوّل التجارب الاجتماعية إلى مرضيات نفسية (psychopathology). كما أننا لا نعرف تلك الروابط النوعية بين التنمية الاجتماعية - الاقتصادية المتغيرة وبين المعدلات المتغيرة للإصابة بالاكتئاب ، على الرغم من أن الارتباط بين فقد الوظائف والركود الاقتصادى وبين المعدلات المتزايدة للانتحار والحجز فى المستشفيات للعلاج من الاضطرابات النفسية يشير إلى وجود ارتباط ما بين الاثنين . وبالمثل ، فهناك رابطة مؤكدة بين الإصابة بالاكتئاب وبين الاجتثاث الاجتماعى (social uprooting) وكون المرء لاجئا.

وقد ثبت أن كلا العلاج الدوائى والعلاج النفسى فعال فى تفريج الاكتئاب . وتشمل المجموعات الدوائية الكبرى المستخدمة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (tricyclic antidepressants) ، ومثبطات إنزيم أحادى أكسيداز الأمين (monoamine oxidase inhibitors)، ومثبطات استعادة السيروتونين (serotonin reuptake inhibitors) ، بالإضافة إلى الليثيوم (lithium) ، والذى يعمل على منع ارتجاع المرض . وفى حالات الاكتئاب الشديد ، يمكن أن يؤدى العلاج بالتخليج الكهربى (ECT) إلى الشفاء فى المرضى الذين يفشلون فى الاستجابة للعقاقير . وقد أثبت نوعان من العلاج النفسى (العلاج السلوكى المعرفى [cognitive behavior therapy] والعلاج النفسى بين الشخصى [interpersonal psychotherapy]) ، إنهما ينتجان معدلات للشفاء شبيهة بتلك الناتجة عن استخدام الأدوية فى المرضى المصابين بالاكتئاب الشديد متوسط الحدة (moderately severe). وفى دراسة استغرقت خمس سنوات ، تم الحصول على أفضل النتائج باستخدام العلاج المستمر بالأدوية المضادة للاكتئاب بالإضافة إلى العلاج النفسى بين الشخصى[٤٣]. ولسوء الحظ ، فنحن لا نعرف الكثير عما إذا كانت

أنماط العلاج النفسى التى ثبتت فاعليتها فى المجتمعات الغربية ستكون فعالة بالمثل فى المجتمعات الأخرى .

وللحصول على أفضل المكاسب فى مجال الصحة العامة ، يتوجب تدريب العاملين فى قطاع الرعاية الصحية الأولية على التعرف على الاكتئاب وعلاجه بفعالية بالأدوية وتقديم المشورة . وقد ثبت إمكان تطبيق هذه الإجراءات . ويمكن تعويض تكاليف العلاج الفعال للاكتئاب عن طريق التقليل من عدد المراجعات الطبية التى لا داعى لها [٤٤]. وفى المجتمعات الفقيرة ، والتى يمثل فيها ثمن الأدوية نسبة أعلى من مجموع التكاليف الطبية الكلية ، يجب أن يتم تطبيق التأثير التعويضى (offset effect) بالمثل . وبالإضافة إلى ذلك ، فمن الضرورى إجراء المزيد من الأبحاث عن الاستخدام المقنن والفعال للأدوية النفسانية التأثير (psychoactive) فى حالات معينة .

الاضطرابات المتعلقة بالقلق

تتسم الاضطرابات المتعلقة بالقلق (Anxiety disorders) بوجود أعراض القلق والسلوك الاجتنابى (avoidance behavior) ويتم تقسيم هذه الاضطرابات إلى اضطراب الذعر (panic disorder) ، وأنواع الرُهاب المختلفة (phobias) ، واضطراب الوسواس القهرى (obsessive-compulsive disorder) ، واضطراب القلق العام (generalized anxiety disorder) ، واضطراب الكرب التالى للصدمة (post-traumatic stress disorder). وقد اكتشفت الدراسات الوبائية التى أجريت فى أمريكا اللاتينية معدلات مرتفعة للإصابة بالاضطرابات المتعلقة بالقلق ، مع وجود وفرة من الحالات فى القطاعات الاجتماعية - الاقتصادية الدنيا. وقد أشار إحصاء أجرى لتقييم حالة الصحة العقلية للقرويين فى منطقة ساو فرانسيسكو ، فى باهيا بالبرازيل ، إلى أن معدل الإصابة باضطرابات القلق قد بلغ ١٤ فى المائة ؛ مع بلوغ معدلات الإصابة فى النساء ضعف مثيلاتها فى الرجال[٤٥]. و التعبيرات واسعة الانتشار عن الإجهاد العصبى - مثل "الأعصاب" (nervios) أو "النوبات" (ataques) ، فى الثقافات الإسبانية (Hispanic) ، أو التعبيرات الجسدية المعقدة (مثل "الضيق القلبى" فى إيران ،

أو "التعب والدوخة " المميزين "للوهن العصبى" (neurasthenia) فى الصين) ، تجعل الترجمة المباشرة لأنماط المرض المختلفة بين الثقافات المتباينة من الصعوبة بمكان [٤٦]. وبالإضافة إلى ذلك ، ينتج القلق بمظاهره المتنوعة عذابا وإعاقة للكثير فى الأشخاص فى جميع أنحاء العالم .

ويتميز اضطراب الذعر (panic disorder) بنوبات من الخوف أو الضيق الشديد ، والتى تحدث بصورة غير متوقعة ودون سبب ظاهر ، وتستمر لمدة دقائق أو ساعات ، وتشتمل على ضيق التنفس ، والدوار ، والخفقان (palpitations) ، والرُعاش (trem- ors) ، والعرق ، وكثيرا ما يشعر المريض بالخوف من الموت أو من "الإصابة بالجنون". ويعتبر المريض مصابا برُهاب الخلاء (agoraphobia) إذا كان يشعر بالخوف من وجوده فى مواقف يصعب فيها الهرب إذا راوده الإحساس بالذعر ؛ ونتيجة لذلك ، يصبح المصاب غير قادر على مغادرة منزله ، أو أن يكون قادرا على مغادرته فقط إذا صاحبه أحد معارفه. أما الرُهاب الاجتماعى (social phobia) فهو خوف دائم من واحد أو أكثر من المظاهر الاجتماعية بسبب توقع المصاب لأن يتعرض للحرج أو للمهانة. ويصبح هذا الخوف مستديما لدرجة أن الحاجة لاجتناب التعرض لمثل هذه المواقف تتعارض مع عمل المريض وأنشطته الاجتماعية . وأنواع الرهاب البسيطة (simple phobias) هى مخاوف لا يمكن السيطرة عليها تجاه مثيرات بعينها ، مثل الكلاب ، أو الثعابين ، أو الحشرات ، أو الدم ، أو الأماكن المرتفعة .ويتميز اضطراب الوسواس القهرى بوجود أفكار مقتحمة (intrusive) ومزعجة ولا معنى لها ، وبأنماط تكرارية من السلوك (مثل غسل اليدين) ، بالإضافة إلى جهود غير منطقية لدفع الحظ السيئ من خلال أداء طقوس معينة (القهريات : compulsions).ويتسم اضطراب القلق العام بالتوتر الحركى وبنشاط مفرط للجهاز العصبى المستقل (ضيق التنفس ، الخفقان ، جفاف الفم ، الدوار). وتتملك المريض مخاوف وهموم دائمة متعلقة بسوء الحظ الذى يوشك أن يحل به ، برغم عدم وجود مهددات مرئية . وتتراوح معدلات تفشى اضطراب القلق العام طوال العمر بين ٥ إلى ١٢ فى المائة للمجتمعات الحضرية والريفية فى تايوان ، وبين ٥ إلى ١٠ فى المائة فى بعض مناطق الولايات المتحدة[٤٧].

ويمكن أن تنتج عن اضطرابات القلق آثار خطيرة على الوظيفة الاجتماعية ، والعمل ، والعافية الشخصية ، وعلى استخدام الخدمات الصحية . فرهاب الخلاء يمكن أن يجعل المصاب به قعيد بيته. ويمكن أن يُشَخَّص اضطراب الذعر خطأً ، مما ينتج عنه إجراءات تشخيصية طبية لا فائدة منها ، وعلاجات خطيرة وغير فعالة ، إضافة إلى إحباط المريض والطبيب. و فى وجود التشخيص الصحيح والعلاج الملائم ، ثبت أن المركبات الدوائية النفسانية التأثير والعلاج النفسى فعالة فى معالجة اضطرابات القلق .

اضطراب الكرب التالى للصدمة (PTSD) هو استجابة متواصلة (كثيرا ما تظهر بعد مضى فترة من الزمن) لتجربة مأساوية ، وهى تجربة تصيب جميع ضحاياها بالضيق ، لكنها تستمر لفترة طويلة بعد انتهائها وتتعارض مع الوظيفة الطبيعية لعدد قليل فقط من أولئك الذين تعرضوا لهذا الحدث أو لتلك السلسلة من الأحداث. وتشتمل الأعراض النمطية على ارتجاعات (flashbacks)وأحلام متعلقة بالأحداث المأساوية ، وتخدر وتبلد الاستجابات الشعورية ، والانعزال عن بقية الناس ، واجتناب الأنشطة والمواقف التى توقظ الذكريات المؤلمة. وعادة ما تكون هناك حالة من فرط الاستثارة الودية (autonomic hyperarousal) ، والحذر المفرط ، واستجابة إجفالية (startle reaction)مبالغ فيها ، وقلة النوم . ويشيع اضطراب الكرب التالى للصدمة بين ضحايا الكوارث الطبيعية أو الصناعية (مثل الفيضانات ، أو الانفجارات الصناعية ، إلخ.) ، والتعذيب ، والقمع ، وبين السكان المدنيين الذين يتعرضون للقذف المدفعى وللحروب ، واللاجئين الذين يجبرون على هجر منازلهم ، والجنود بعد انتهاء الهجوم (انظر جدول ٢-٣). وتشير الأبحاث الإكلينيكية التى أجريت فى الولايات المتحدة إلى أنه كثيرا ما يمكن تخفيف المعاناة والإعاقة المرتبطين بهذه المتلازمة ، إلى حد ما ، بالعلاج.

وقد نشب خلاف جدلى حول تطبيق تشخيص اضطراب الكرب التالى للصدمة على ضحايا العنف والتعذيب السياسيين . وقد كانت الاعتراضات إكلينيكية وسياسية. وانبنت الأولى على الرأى القائل بأن الفترة الزمنية الطويلة والانحلال الاجتماعى المتعمد ، والمرتبطين بالقمع والتعذيب ، يسببان نتائج نهائية سيكولوجية وفيزيولوجية مختلفة عن تلك الناتجة عن الكوارث الحادة. أما الاعتراضات الثانية فقد انبنت على الرأى القائل بأن استعمال نعت طبى لوصف ضحايا القمع السياسى يَسِمُهُم بالمرض ، بمن فيهم

أولئك الذين أصبحوا أبطالا للمقاومة في وجه الطغيان. وسيتم الرد في النهاية على الجدلية الأولى من خلال إجراء المزيد من الأبحاث التجريبية (empirical) لتحديد ما إن كانت المتلازمات الإكلينيكية تختلف بصورة مؤثرة في كلا الحالتين . أما الاعتراض الثاني فيعكس حُكما على القيم ، لكنه أيضا يحتوي على مكون واقعي (ذرائعي : pragmatic). فهل يعتبر تصنيف معاناة الضحايا على أنها راجعة إلى اضطراب الكرب التالي للصدمة واصما لهم ، أكثر مما يفعل تصنيف الحروق الجلدية أو كسور الضلوع الناتجة عن التعذيب كحالات مرضية ؟ وهل يتوجب تجنب وضع تشخيص طبي حتى لو كان ذلك سيجيز تطبيق البرامج التأهيلية المفيدة ودفع التعويضات من قبل الدولة ؟

جدول ٢-٣ : معدلات انتشار اضطراب الكرب التالي للصدمة (PTSD):

البلد	المؤلف والسنة	العينة قيد الدراسة	الحجم العينة (N)	طرق التقييم	نظام التشخيص	معدل تفشي PTSD	ملاحظات
الكمبوديون في الولايات المتحدة	Kinzie et al ١٩٨٦	اللاجئون الكمبوديون صغار السن (١٤-٢٠سنة) الذين استقروا في الولايات المتحدة	٤٠	(DIS) أجزاء (SADS) أجزاء	DSM-III	٪٥٠	كانت أعراض الاكتئاب المتوسط، ولكن الطويل الأمد، موجودة أيضاً.
كولومبيا	Lima et al. ١٩٩١a	المرضى المتتالون من مراجعي عيادتين للرعاية الأولية في	٥٠٠	تقييم إكلينيكي	DSM-III	٪٢٤	كان المعدلات في الضحايا ٣٢٪ ، مقارنة بنسبة ١١٪ في غير الضحايا
كولومبيا	Lima et al. ١٩٩١a	إحدى مناطق الكوارث ضحايا كارثة أرميرو	١٠٤	تقييم إكلينيكي؛ لائحة للأعراض المرضية	DSM-III	٪٤٢	مثل الاضطراب PTSD وحالات الاكتئاب الكبرى ٨٠٪ من جميع الشخصيات.
فيجي	Fairley et al. ١٩٨٦	من نزلاء ملجأين ضحايا أحد الأعاصير الحلزونية (Cyclone)	٧٥	GHQ-28؛ استبانة الاضطراب PTSD	DSM-III	٪٦٦ (اضطراب PTSO جزئي)	تعرض الذين فقدوا أكثر ٣٪ من وزن الجسم لمعدلات أكبر للإصابة بالاضطراب PTSD وغيره من الاضطرابات النفسية

البلد	المؤلف والسنة	العينة قيد الدراسة	الحجم العينة (N)	طرق التقييم	نظام التشخيص	معدل تفشي PTSD	ملاحظات
لاوس	Mooro & Boehnlein ۱۹۹۱	لاجئو لاوس الذين تم توطينهم في الولايات المتحدة، والمشتملين ضمن برنامج نفساني هندي- صيني	۸٤	تقييم إكلينيكي	DSM-III	٨٨٪	كان جميع المرضى بالاضطراب PTSD مشخصين لإصابتهم أيضاً بالاكتئاب الشديد
لبنان	Saigh ۱۹۹۱	الأطفال الذين تعرضوا لصدمات متعلقة بالحرب الأهلية	۸٤۰	بيان الاضطراب PTSD في الأطفال	DSM-III	٢٧٪ ١٥.٢٪ ١.٥٪ ٣.٦٪	كان ٦.٩٪ مصابين بصدمات ناتجة عن تجارب مباشرة ؛ من خلال المشاهدة : من خلال النقل اللفظي من خليط من السابق
المكسيك	Conyer et al..'87	ضحايا أحد الزلازل	٥٢٤	DIS,SCID	DSM-III	٣٢٪	
نيكاراجوا	Summerfield & Toser ۱۹۹۱	اللاجئون السابقون الذين لا يزالون يعيشون في مناطق الحرب	٤٣	تقييم إكلينيكي : GHQ-28	DSM-III-R	٢٥٪ (للرجال) ٥٠٪ (للنساء)	كان ٦٢٪ من الرجال و ٩١٪ من النساء إيجابين لاختبار GHQ. كانت اضطرابات النوم المستمرة، وفرط التيقظ وغيرها من أعراض القلق موجودة في حالات كثيرة
بورتو ريكو	Canino et al.. ۱۹۹۰	ضحايا الفيضانات	٣٢١	DIS/DS	DSM-III	٤٪	كان معدل الإصابة بالاضطراب PTSD في غير الضحايا (n=591) ٠.٧٪ كان الاكتئاب والقلق من بين الاضطراب الأخر المنتشرة بين الضحايا.
مواطنو دول جنوب شرق أسيا في أمريكا	Kinzie et al.. ۱۹۹۰	اللاجئون في الولايات المتحدة من مراجعي عيادة نفسانية	٤٠	تقييم إكلينيكي لائحة لاضطراب	DSM-III-R	٧٥٪ (طوال العمر) ٧٠٪ (حاليا)	معدل عال لإزمان أعراض PTSD. لم يتم تشخيص أغلب الحالات مطلقاً قبل بدء الدراسة .
	Kroll et al.. ۱۹۸۹	اللاجئون في أمريكا من مراجعي عيادة نفسانية	٤٠٤	تقييم إكلينيكي	DSM-III	١٤٪	قرر ١٥ - ٣٠٪ ممن شملهم البحث تعرضهم لتجارب مؤلمة محددة : سواء في وطنهم أو أثناء هروبهم .

البلد	المؤلف والسنة	العينة قيد الدراسة	الحجم العينة (N)	طرق التقييم	نظام التشخيص	معدل تفشى PTSD	ملاحظات
·	Mollicca et al.. 1987	اللاجئون فى أمريكا من مراجعى عيادة هندية – صينية للأمراض النفسية	٥٢	AIS	DSM-III	٪٥٠	تعرض كل من المرضى فى المتوسط لعشرة تجارب مؤلمة ولنوبتين من التعذيب. كان كثيرون مصابين أيضاً بأحد الاضطرابات الوجدانية الكبرى.
الفيتناميون فى أمريكا	Hinton et al.. 1993	اللاجئون فى أمريكا ممن راجعوا عيادة للمسح الصحى	٢٠٩	ADIS	DSM-III-R	٪٣.٥	كان اللاجئون الذين قرروا تعرضهم لعدد أكبر من الأحداث المؤلمة أكثر احتمالا بكثير للإصابة بواحد أو أكثر من اضطرابات DSM-III-S

Anxiety Disorder Interview Schedule = ADIS: برنامج المقابلة لاضطراب القلق ؛

Diagnostic Interview Schedule = DIS: برنامج المقابلة التشخيصية ؛

Disaster Supplement = DS : الملحق الخاص بالكوارث ؛

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = DSM-III: دليل التشخيص والإحصائيات للأمراض العقلية ؛

General Health Questionnaire = GHQ : الاستبانة الصحية العامة ؛

Post Traumatic Stress Disorder = PTSD: اضطراب الكرب التالى للصدمة؛

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia = SADS: برنامج الاضطرابات الوجدانية والفصام ؛

Structured Clinical Interview for DSM-III-R = SCID: المقابلة الإكلينيكية المنظمة للتصنيف DSM-III-R.

المصدر: de Girolamo & McFarlane (تحت الطبع)

ولا يعتبر التشخيص العقلى بحال من الأحوال تقريرا كاملا عن الضيق الذى يعالجه المرء ؛ وبالمفهوم نفسه ، يكون اضطراب الكرب التالى للصدمة مشابها لكسور العظام التالية للحوادث ، وهو لا يعدو كونه مجرد واحد من كثير من النتائج السيئة لحدث مشئوم منتهك لحقوق الإنسان .

ملخص: الأصول البيولوجية -الاجتماعية للأمراض العقلية

لا يقدم نموذج منفرد تمثيلا كاملا لدور العوامل الاجتماعية ، والبيئية ، والبيولوجية المسببة للأمراض العقلية. وتقدم لنا الأبحاث الحالية أدلة قوية على أن جميع الاضطرابات العقلية راجعة لأسباب بيولوجية - اجتماعية (Biosocial) ، وعلى أنه مهما كان نوع العمليات الفيزيولوجية المشتملة ، تؤثر نوعية البيئة الاجتماعية للفرد على القابلية للإصابة بالأمراض العقلية وعلى مسار هذا المرض على حد سواء . وليست الاضطرابات العقلية مجرد أعراض مرضية لأوضاع اجتماعية أكثر اتساعا ؛ وبرغم ذلك ، يبقى الفقر ، وفقدان الأمان ، والعنف ، والافتقار للعلاقات الأسرية الصحية خلال الطفولة ، والصدمات العاطفية أو فقدان الأحباء - والتى يتم وصف كل منها على حدة خلال سياق هذا الكتاب - من العوامل الحيوية بالنسبة للأمراض العقلية . وبالفعل ، فإنه برغم إمكانية تصنيف وتشخيص الأمراض العقلية ، إلا إنها كثيرا ما توجد فى مجموعات تجمع بين القوى البيولوجية ، والأوضاع الاجتماعية ، والاستجابات الثقافية ، وأنماط مرضية بعينها .

وتعد العلاقة المشتركة بين الأمراض الاستوائية (Tropical diseases) والاضطرابات العقلية وثيقة الصلة بموضوع حديثنا . فيمكن أن يؤدى أحد الأمراض الاستوائية إلى الإعاقة العصبية - النفسانية ؛ ويؤدى الاحتشار (infestation) بالدودة الشريطية (الكيسة المذنبة : cysticercosis) إلى تكون كيسات بالدماغ تتسبب فى حدوث نوبات من الصرع. ويمكنها أن تؤثر أيضا على العافية السيكولوجية للفرد المصاب بالمرض ؛ وقد يؤدى الاحتشار بالديدان التنينة (Dracunculiasis) [دودة غينيا] ، وديدان الإسكارس (الصَفَر: Ascariasis) [الدودة المستديرة] إلى الإحساس المزمن بالإجهاد ومحدودية القدرة على العمل . ويمكن أن تعمل تأثيرات الملاريا (Malaria) ، والتى قد تسبب الغيبوبة عندما يصاب الدماغ ذاته بالعدوى ، كمحفزات (stressors) بيولوجية ، أو سيكولوجية ، أو اجتماعية فاعلة ضمن إطار ثقافى يرسِّب أو يشكل العلامات الخاصة بالمشكلات النفسانية المحددة[٤٨]. وفى الوقت نفسه ، فهناك علاقة وثيقة بين خطر الإصابة بهذه الأمراض الطفيلية وبين أنماط سلوك استهلاك

المياه (water-use behavior) وبين استخدام (أو عدم استخدام) الشباك الواقية من البعوض . وفى الوقت نفسه ، تسهم الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإصابة بداء الفيلاريا اللمفاوية (lymphatic filariasis) فى الهند ، فى الإصابة بالضغوط النفسية والتنافر الاجتماعى فى ضحايا المرض[٤٩].

وتمثل بعض النماذج النوعية ، تلك الكيفية التى تؤثر بها العوامل الاجتماعية على بداية وإزمان (chronicity) بعض الاضطرابات العصبية - النفسانية المحددة . وعلى سبيل المثال ، يمكن أن يؤدى نقص المغذيات الدقيقة (micronutrients) فى مرحلة الطفولة - والمرتبط بسوء التغذية ، والفقر ، والتهجير - إلى أعواز عصبية وخلل فى وظائف الدماغ (انظر الفصل السابع). وعلى الرغم من أنه ليس للفصام سببيات اجتماعية معروفة ، تؤثر العوامل الاجتماعية والثقافية بقوة على احتمالية الشفاء من المرض. وتزيد الصدمات العاطفية خلال مرحلة الطفولة ، مثل فقد أحد الوالدين ، من القابلية للإصابة بالاكتئاب ؛ وتعد الفقدانات المؤثرة ، والعنف والصدمات العاطفية ، خصوصا عندما يتعرض لها أشخاص عاجزون نسبيا ويمتلكون القليل من الموارد الشخصية والاجتماعية ، من المحفزات الهامة للإصابة بالاكتئاب . ويمكن للصدمات العاطفية الحادة أن تسبب الاكتئاب ، أو القلق العام ، أو الضغوط السيكولوجية - الفيزيولوجية الخطيرة. وعلى هذا تتطلب برامج الوقاية والرعاية كل من التدخلات التقليدية للصحة العامة (مثل تطعيم الأطفال ، وإضافة اليود إلى ملح الطعام) ، والاستراتيجيات المبنية على معرفتنا بحالات معينة (مثل العنف الموجه للنساء) ، ولبرامج التأهيل الموجهة للأفراد المصابين باضطرابات ذهانية كبرى ، والجهود الطويلة الأمد لقطع الحلقات المفرغة للفقر والعنف.

معالجة الأمراض العقلية :

التحديات العالمية ، والاستجابات المحلية

يجب أن تبدأ مراجعة الوضع الحالى للرعاية الصحية العقلية فى مجتمعات آسيا ، وأفريقيا ، والشرق الأوسط ، وأمريكا اللاتينية ، ليس بالخدمات المهنية بل "بالأنظمة

الإثنية – الطبية " (Ethnomedical systems). وقد يبدو هذا المسلك تناقضيا للبعض ، لكن هناك أسبابا وجيهة تبرره. فدائما ما تُستشعر الأمراض العقلية وتعالج داخل نطاق أنظمة الرعاية الصحية المحلية – وهى الأنظمة المحلية للمعرفة الثقافية ، والبنى الأسرية المحلية ، والمجتمعات ، وأنظمة المعالجة الشائعة و الشعبية ، بالإضافة إلى الخدمات الطبية المحلية. وللمجتمعات تقاليد علاجية متعددة لا تعتمد فقط على معالجة الأمراض العقلية والمشكلات النفسية – الاجتماعية ، بل وعلى فهمها ، وتصنيف وتفسير أسبابها ، وتنظيم الاستجابات الشخصية والمجتمعية تجاهها .

ويتميز تأثير المعرفة الطبية المحلية على تجربة المرض العقلى والتعبير عنه بكونه رجوعيا (recursive) ؛ إذ تعمل الكيفية التى يُفهم بها المرض ويُستجاب له ، على تشكيل المرض ذاته ، بتنظيمها للأعراض المرضية ، والتفسيرات ، وأنشطة السعى للرعاية ، فى سبل سلوكية تختلف فيما بين المجتمعات والمجموعات الإثنية[٥٠]. ولا تواجَه الأسر ، ولا المداوون ، ولا الأطباء بحالات "الفصام"، أو "الاكتئاب"، أو "القلق" ، فكل منها تخفيه معتقدات ثقافية معينة . بل تُطلب معونتهم من خلال الشكوى من "الأعصاب" أو من "فقدان الروح" ، أو المشكلات الناتجة عن "الرعب" (fright) أو التجارب المأساوية المسببة للصدمات العاطفية ، أو الأحلام المرعبة أو الإحساس بالضعف الذى يوحى بوجود الوهن العصبى (neurasthenia) ، أو الأعمال السحرية ، أو التنجيم ، أو الأعراض المتكررة التى توحى بتلبس روح شريرة للمريض. ويعالج كل منها باستخدام الأنشطة العلاجية المحلية (انظر إطار ٢-٢) .

يجب أن يتعايش كل من الأنظمة المحلية للمعرفة الطبية والمعالجة مع الحزن والانطواء الطويل الأجل ، ومع العنف والعنف غير المبرر ، ومع النوبات الصرعية ، والأزمات العاطفية ، والأنواع الحادة والمزمنة للجنون. ومع ذلك ، لا تصنف الأنظمة التقليدية هذه الحالات كاضطرابات "عقلية" يجب علاجها ضمن قطاع مستقل من الخدمات الصحية. وفى الواقع أنه برغم امتلاك كل من المجتمعات لنعوت وعلاجات لكل من أنواع الجنون ، فلكل مجتمع أيضا عمليات فطرية "للتطبيع " (normalization) ،

لمقاومة إلصاق صفة "الجنون" بالمرء أو بأحد أقاربه ، من أجل اجتناب وصمة العار والمضامين التى يشتمل عليها إجماع أفراد المجتمع على كون المرء مصابا بالجنون ، ولتقديم تفسيرات أقل وصما تقدم مقاربات عملية للعلاج وأملا فى الشفاء .

ويمكن تلخيص دور الأنظمة الإثنية -الطبية المتباينة فى علاج الأمراض العقلية من خلال العديد من الملاحظات(٥١). أولا ، تستشعر جميع المجتمعات الاضطرابات العصبية – النفسانية ، وتتعرف عليها ، وتعالجها . وبرغم أن بعض أنماط التجربة والسلوك – مثل الغضب ، والحزن ، والانطواء ، واضطراب التفكير ، وفقدان الذاكرة – تسبب مشكلات أكبر فى بعض المجتمعات منها فى غيرها ، إلا أن الجنون أو الأزمات العاطفية لا يتم تمجيدها أو اعتبارها أعراضا طبيعية فى أى من المجتمعات. وبرغم ذلك ، ففى أغلب الأنظمة الإثنية – الطبية ، لا يوجد نطاق "للأمراض العقلية" مساو لذلك الذى تحدده النظريات والممارسات الطبية الحالية. وفى بعض مجتمعات الولايات المتحدة وفرنسا ، وإندونيسيا وكينيا ، يتم استشعار المرض كإرهاق عصبى أو انهيار عصبى ، أو كضعف ، أو كضرب من السحر ، أو كفترات من الجنون ، كما تلتمس الرعاية من عدد كبير من المصادر المتاحة . وكنتيجة لذلك ، تزداد الحاجة لإجراء أبحاث دقيقة لتمكين الأطباء الممارسين أو علماء الوبائيات من التوفيق بين تصنيفات ونظريات الطب النفسى المعاصر وبين الأنظمة الثقافية المحلية. ولا يجب التقليل من شأن الصعوبات المرتبطة بتدريب أطباء الرعاية الأولية على الاستخدام الأمثل للأدوية النفسانية التأثير وعلى تقديم المشورة للمرضى .

ثانيا ، تتم معالجة الأمراض العقلية من قبل المعالجين الشعبيين (folk healers) ، وكذلك الاختصاصيين فى جميع المجتمعات المعروفة لنا ، سواء وجد الأطباء الممارسين أو الأطباء النفسيين أم لا . وتتباين طبيعة المداوين والأساليب العلاجية – المسرحيات الشعائرية المتقنة ، واختصاصيو طب الأعشاب ، وطقوس التلبس (possession rituals) تبعا للتقليد الطبى المتبع وحسب المنطقة . وبرغم ذلك ، فليست هناك مجموعة محددة من "الأطباء النفسيين الشعبيين" (folk psychiatrists).فالمداوون يعالجون مجموعة

متنوعة من الحالات المرضية ، والتى يصنف الطب المعاصر بعضها كاضطرابات عصبية - نفسية ؛ ولكنه نتيجة لعدم وجود فئة واضحة تندرج الأمراض العقلية تحتها ، فليس هناك بالمثل قطاع شعبى للطب النفسى .

ثالثا ، تتحمل الأسر القدر الأكبر من رعاية المرضى العقليين فى جميع أنحاء العالم. وتتباين مقومات الأسرة فى مجتمع ما ، كما تتباين الإمكانات التى تمتلكها الأسر للاستجابة للمرض العقلى بصورة كبيرة. لكن جميع أنظمة الرعاية الصحية تشتمل على الأسر وتعتمد عليها بصورة عميقة. وبذلك تكون الأسر فى قلب إدارة رعاية الأشخاص الذين يعانون من الأمراض العقلية. وتمثل هذه الأمراض عبئا ثقيلا على الأسر ، بما تسببه من قدر عظيم من العذاب. وكثيرا ما تستهلك الموارد المحدودة للأسرة فى البحث عن الرعاية ، كما يستقطع قدر عظيم من الوقت والطاقة من أوجه الحياة الأخرى .

رابعا ، نحن نعلم أن هناك قدرا كبيرا من التباين بين المجتمعات المختلفة فيما يتعلق بطبيعة وفعالية علاج المرضى العقليين ، سواء من قبل الأسر أو المعالجين . وتتميز دراسة "محصلة " (outcome) علاجات المعالجين الشعبيين - أو الأسر - بالتعقيد ، باعتبار تنوع الأمراض التى يتعرضون لها وصعوبة إيجاد ظروف تجريبية "محكومة" بدون تغيير الإطار العلاجى بالكامل . ومع ذلك ، ففى جميع أنحاء العالم ، وخصوصا فى أفريقيا ، يقدم أولئك المعالجون الغالبية العظمى من جميع العلاجات المقدمة للمرضى العقليين ، وكثيرا ما يفعلون ذلك بعطف وبقوة ثقافية .

إطار ٢-٢: فقدان الروح والمداواة الشامانية فى نيبال

يعتقد اليولو شربا (Yolmo Sherpa) ، وهم شعب بوذى تبتى يعيش بين التلال الواقعة على سفوح الجبال فى منطقة هيلامبو (Helambu) فى شمال وسط نيبال ، بأن الأفراد والأسر يعانون من الأزمات النفسية لأسباب متعددة . ويمكن للآلام الجسدية أن تعذب الجسد ، ويمكن للأشباح أن تنتاب (haunt) منزل إحدى الأسر ، أو قد يعانى عمل أحد الأفراد من جراء مصادفة

تنجيمية مشئومة . ومن أكثر أنماط المرض شيوعا هناك مرض يمكن ترجمة اسمه إلى "فقدان الروح" .
ويمتلك شعب اليولو أنواعا عديدة من قوى الحياة ، والتي يمكن أن تنفصل كل منها عن الجسد .
وتعد الـ"بلا" (bla) أو "الروح" ، إحدى هذه القوى . وفي أغلب الأحيان ، يتسبب إحساس مفاجئ بالرعب في أن تهجر الـ"بلا" الجسد وتهيم في ربوع الريف ، حيث تصبح فريسة سهلة للأشباح الشريرة ، والشياطين ، والساحرات . وإذا "تركت" الروح جسد شخص ما ، فسيفقد الإرادة اللازمة لتأدية دوره في الحياة : ويحس الجسم "بالثقل" ، كما يفتقر إلى الحيوية أو "الرغبة" ، ولا يهتم الشخص المصاب بتناول الطعام ، أو الحديث ، أو العمل ، أو السفر ، أو بأن تكون له علاقات اجتماعية . وتصبح أفكاره "متبلدة" وغير متزنة . ويمكن أن يواجه المصاب أيضا صعوبة في النوم ، كما يصبح عرضة للإصابة بالمزيد من الأمراض .

إذا أصيب أحد القرويين بفقدان الروح ، تلجأ الأسرة إلى استدعاء الشامان(*) وإذا رأى الشامان أن المرض خطير ، يقوم بإقامة احتفال علاجي معقد يستغرق الليل بطوله ، يقوم خلاله بتأدية مجموعة متنوعة من الطقوس . وباستخدام أناشيد مقدسة ، يستدعي الشامان (الآلهة) لكي "تسقط" على جسده من أجل أن يتمكن من سؤالهم عن أسباب مرض زبونه ؛ ويقوم بالتضحية بدجاجة أو بإحدى الماعز من أجل استرضاء أي من (الآلهة) ؛ كما يزيل "الأنيات" السامة من جسد زبونه ومن منزله . وعندما توشك الطقوس على الانتهاء ، وفي ساعات الصباح الأولى ، يقوم الشامان بتأدية احتفال "لاصطياد الأرواح" (spirit-hooking) تطير فيه روحه هو في رحلة سحرية إلى أرض الموتى لاقتفاء أثر "روح" المريض الضائعة . ويقوم الشامان بالبحث بكل دقة كالصقر ، وهو يجوب الأجواء ، حتى يعثر على الروح الضائعة . وما أن "يصطاد" هذه الروح ، يعود الشامان إلى المنزل ويغمس الروح في العديد من الأطعمة (كاللبن ، واللحم ، والبيض ، وخثارة اللبن [curd]) الموضوعة أوعية مصفوفة على صينية موضوعة أمام المريض. ومن خلال لتناوله لقدر من كل من هذه الأطعمة ، يستعيد المريض حيويته المفقودة . وتؤثر خصائص فقدان الروح بين أفراد شعب اليولو ، والطقوس العلاجية للشامان ، على الأسس الثقافية العميقة للمرض والصحة . فلا يستطيع المرء في الواقع أن يتحدث ، سوى باصطلاحات عريضة المعنى ، عن "الصحة العقلية" لشعب اليولو ، ويرجع ذلك أساسا إلى أنهم لا يفرقون بصورة محددة بين الجوانب الجسدية وتلك العقلية للقوة البشرية . ومع ذلك فإن ظاهرة فقدان الروح قريبة الشبه بما نطلق عليه اسم "الاكتئاب". ويمكن المجادلة بأنه عندما تفقد واحدة من بنات شعب اليولو "روحها"، فهي تعاني من الاكتئاب "فعليا"، مع كون مظاهر فقدان الروح مجرد غطاء ثقافي لاضطراب أكثر عمقا ، وذي أسس بيولوجية . ومع ذلك ، فإن غياب بعض السمات المميزة للاكتئاب الإكلينيكي (مثل الإحساس بالذنب أو بالتفاهة ، والتفكير المستمر بالموت ،

(*) (Shaman: كاهن يستخدم السحر لمعالجة المرضى ولكشف المخبأ وللسيطرة على الأحداث - المترجم).

والأفكار الانتحارية) يقترح أن فقدان الروح بين أفراد شعب اليولو يشابه ، لكنه لا يساوى ، الاكتئاب ، وبكلمات أخرى ، فإن هناك صلة قرابة بين فقدان الروح وبين الاكتئاب ، بدون أن يكون أحدهما أكثر عمقا من الآخر ، مع ارتباط طبيعة كل منهما بصورة عميقة بإطار ثقافى محدد . ولذلك سيحتاج الممارسون للحذر الشديد ، فى هذا الركن من العالم ، عند العثور على الاكتئاب أو تشخيصه أو معالجته بالطرق النفسانية الغربية. ويمتلك شامانات اليولو ذخيرة هائلة من الطقوس التى تؤدى مجموعة متنوعة من الوظائف الضمنية والصريحة : فالنبوءات الغيبية (oracular divinations) ، على سبيل المثال ، تساعد فى التعرف على الضغوط الاجتماعية داخل محيط الأسرة أو المجتمع ، كما تساعد طقوس استحضار الأرواح على تغيير الأسس الحسية لجسم المريض . وعن طريق تغيير ما يعرفه المريض ، ويفكر به ، ويستشعره ، كثيرا ما يكون الشامان قادرا على علاجه . وفى الوقت نفسه ، يعجز الشاملنات عن علاج بعض الأمراض بفاعلية ، مثل التدرن ، والزحار الأميبى (amoebic dysentry) ، وأغلب أنواع "الجنون" . وفى الحين الذى تبلغ فيه مهارة الشامانات أقصاها فى علاج العلل المتعلقة بالمحن الشخصية أو الصراعات الاجتماعية ، يتعرض بعض المرضى للسقوط ضحايا للمرض بصورة متكررة ، ويرجع ذلك أساسا لأن الشامانات يمكنهم بسهولة مواجهة أعراض المرض ، ولكن ليس أسبابه المستبطنة .

وتشير المقارنة بين حرفة الشامان وبين غيرها من الممارسات العلاجية إلى وجود أوجه رئيسية للتشابه بين تقاليد المداواة فى جميع أنحاء العالم . ومع ذلك فلا يمكن إدراك ما تعنيه هذه الطقوس بصورة كاملة إلا عند فهمها داخل إطار أساليب معيشة اليولو ، بداية من طبيعة التفاعلات الاجتماعية إلى البنية الثقافية للأجساد وللأنفس . وبالفعل ، فإن قدرا كبيرا من فعالية وقيمة هذه الطقوس متعلق بحقيقة كونها مرتبطة ارتباطا وثيقا بأحد التقاليد الثقافية . ويمكن لتطبيق الممارسات الثقافية الجديدة أو التقنيات الطبية الحديثة ، بدون بذل الجهد للمحافظة على التقاليد الهامة ، أن تكون له معقبات وخيمة وغير قابلة للارتجاع[٥٢].

وهناك كم لا يستهان به من الأبحاث المتعلقة بالمداواة وبالمعالجين[٥٣]. وتتفق نتائج الدراسات القليلة ذات الأسس التجريبية (الخبرية) على أن المعالجين الشعبيين والشامانات فعالون بصورة عامة فى تخفيف الضيق الذى تفرخه المحن النفسية أو الاجتماعية[٥٤]. ويتميز كثير من المعالجين بفتنتهم ، كما يعتمدون على الطقوس التى تقدسها ثقافتهم ، والتى تشع بالقوة ، وتوحى بالثقة ، وتخدم تجار زبائنهم . وينجح كثير منهم فى تحسين المستوى الأخلاقى لزبائنهم ، بمنحهم للمرضى وأسرهم

إحساسا بالسيطرة على مرضهم ، وتقديم فائدة كبرى لفئات معينة من المرضى . ويتميز بعض المرضى بمقاومتهم لأى علاج ، سواء كان طبيا ، أو شعبيا ، أو معتمدا على الأسرة. وتتوافر البيانات عن بعض المجتمعات فيما يتعلق بأنواع المرضى الذين يبلغ معهم نجاح بعض المعالجين الفطريين (indigenous) أقصاه ، كما نعلم أن المعالجين كثيرا ما يُحدثون شعورا أكبر بالرضى من الأطباء أو العاملين فى مجال الصحة العقلية أو المؤسسات النفسانية. ومع ذلك ، فسيلاحظ أن بعض المعالجين يسئ معاملة المرضى، كما أن بعض "الملاجئ" الفطرية تماثل فى سوئها أسوأ الملاجئ النفسية .

وتتميز البحوث المتعلقة بأنماط معينة من ردود الفعل الأسرية نحو المرضى العقليين فى الثقافات المختلفة بكونها أكثر محدودية . وتشير الأبحاث الحديثة إلى أن المشاعر التى يعبر عنها بقية أفراد الأسرة تجاه المرضى العقليين يمكن أن تؤثر على مسار ومستقبلية هذه الأمراض. وعلى سبيل المثال ، تتكهن ردود الفعل العدائية من قبل أفراد الأسرة بإعادة إدخال مرضى الفصام والاكتئاب إلى المستشفى[٥٥]. وتظهر البرامج الحديثة المطبقة فى الصين أن إقامة سبل التدخل النفسية التربوية مع الأسر تمتلك فائدة عظيمة كامنة[٥٦].

وتقدم أنظمة المداواة المحلية إجمالا - من الأسر إلى المعالجين المحليين والشعبيين إلى مجموعة متنوعة من المعالجين من غير الأطباء - القدر الأكبر من الرعاية والدعم لأولئك الذين يعانون من مشكلات صحية عقلية. ويجب على التخطيط من أجل تطبيق المعرفة النفسانية الحالية فى المجتمعات المحلية فى آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية ، أن يبدأ ببذل أقصى الجهد " لمنع التسبب بأى أذى" - بمعنى تعزيز أوجه القوة الموجودة بالفعل بدلا من محاولة إزالة ما يمكن اعتباره كنوع لا عقلانى أو تقليدى من العلاج ، من منظور العلوم البيو - طبية المعاصرة. ويجب تنفيذ عملية إنشاء الخدمات النفسانية مع توجيه اهتمام دقيق للأنظمة الإثنية - الطبية المحلية (انظر إطار ٢-٣). ومع ذلك ، يجب أن يلاحظ أيضا أن الجهود التى تهدف لتوفير تكامل تام

بين الخدمات المهنية للصحة العقلية وبين أنظمة المداواة التقليدية لم يكتب لها النجاح إلا نادرا، لذلك فلابد من اجتنابها وفى أفضل الحالات ، عملت الجهود التى استهدفت التقريب بين المعالجين المحليين والأطباء النفسيين - فى السنغال ، ونيجيريا ، ومالى ، أو مع قبائل النافاجو - على زيادة فهم مهنيى الصحة العقلية لعمل المعالجين المحليين ، كما حسّنت من تنسيق الرعاية الصحية العقلية . وفى أسوأ الحالات ، أحيانا ما كانت الجهود الموجهة نحو هذا التكامل مصممة لإهمال عمل المعالجين المحليين ، أو لإتاحة الفرصة للمهنيين للتخلى عن مسئولية تقديم الرعاية الطبية . ولم تستفد خدمات الصحة العقلية من تمجيد المعالجين المحليين ولا من السيطرة عليهم. وكثيرا ما أدى التركيز بصورة أساسية على المعالجين المحليين إلى إغفال دور أكثر الموارد المجتمعية أهمية وخطرا بالنسبة للمرضى العقليين ، ألا وهو الأسرة .

خدمات الصحة العقلية من منظور دولى

يتباين القطاع الرسمى لخدمات الصحة العقلية "الغربية " أو "العالمية " ، بصورة هائلة باختلاف المناطق والمجتمعات فى آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية ، ومنطقة الباسيفيكى. وهناك ، فى الصين ، ثلاثة فقط من العاملين فى مجال الصحة العقلية لكل مليون من السكان ؛ كما لا تضم جزيرة فيجى بأسرها سوى طبيب نفسى واحد . وتقرر دول منطقة غرب الباسيفيكى الأخرى بدورها وجود نقص شديد فى عدد الأطباء النفسيين لديها (انظر جدول ٢-٤). وفى المناطق الريفية من تنزانيا ، تقدر نسبة الأطباء إلى عدد السكان بطبيب واحد لكل ٢٠,٠٠٠ من السكان ، فى حين تبلغ النسبة ذاتها بالنسبة للأطباء التقليديين ١ إلى ٢٥[٥٨]. وبعدد أطبائه النفسيين الذى يقل عن العشرين ، وبمجمل إنفاق على الصحة لا يزيد عن خمسة سنتات أمريكية للفرد سنويا ، لا يقدم نظام الرعاية البيو - طبى سوى قدر شديد الضآلة من خدمات الصحة العقلية فى مثل هذا المجتمع[٥٩]. أما فى تايوان ، من الناحية الأخرى ، وفى مجتمع كان يعتبر

حتى وقت قريب جزءا من العالم "النامى" ، بلغت الميزانية السنوية للرعاية الصحية العقلية ٢٨ مليون دولارا فى عام ١٩٩٣ (مقارنة بما لا يزيد على ٦,٣٠٠ دولارا فى عام ١٩٨٠) ، وقد استثيرت هذه الزيادة ليس فقط بفعل النمو الاقتصادى الهائل ، بل أيضا بفعل ظهور التزام جديد بالرعاية الصحية العقلية خلال عقد الثمانينات .

والتباين فى أنظمة الرعاية الصحية العقلية هذه مصادر متعددة . فهى تعكس ، فى المقام الأول ، التجارب المحلية مع الطب الكولونيالى (الاستعمارى) والتأثيرات التفاضلية للحظات تاريخية معينة فى عمر نظريات وعلاج الطب النفسى . بنى الإداريون الاستعماريون البيمارستانات (asylums) التى تعكس النظريات البريطانية ، أو الفرنسية، أو الألمانية ، أو الهولندية للجنون وعلاجه. وبالفعل ، فكثيرا ما كان وجود مستشفى كبير للأمراض العقلية ، بالإضافة إلى البيروقراطية المركزية ، ووجود نظام وطنى للمدارس ، وقوة للشرطة ، جزءا من تراث المد المنحسر للمرحلة الاستعمارية .

وقد تم تبنى نظريات ومؤسسات الطب النفسى "الغربية " بطرق شديدة التميز ، تم تطويرها بناء على السيكولوجيات المحلية ، كما وضعت تحت تصرف سلطات معينة تابعة للدولة. وفى اليابان ، استخدمت النظريات الألمانية عن النوراستينيا (الإنهاك العصبى : neurasthenia) ، كنقطة البداية لإيجاد نظرية يابانية متقنة للعُصاب (neurosis) ، وللمعالجة النفسية بطريقة موريتا (Morita psychotherapy) ؛ وقد طوّر الطب النفسى المهنى فى الصين نظرية النوراستينيا معتمدا على علم النفس السلوكى الروسى وعلى المفاهيم السيكولوجية الصينية المحلية . وفى تايلاند ، منحت الرعاية الملكية لخدمات الصحة العقلية للأخيرة وضعا مرموقا ، فى الوقت الذى كان يتم فيه التقليل من شأن معالجة المجانين ومعاملتهم بطرق غير آدمية فى العديد من المجتمعات الأخرى . وفى جنوب أفريقيا والاتحاد السوفيتى السابق ، كانت الحكومات تسئ استعمال (abuse) الملاجئ النفسانية من أجل حبس المعارضين السياسيين والسيطرة على الأفكار والسلوكيات "المضادة للمجتمع ". ومن ناحية أخرى ، وفى

نيجيريا وتنزانيا ، تم تطوير مفهوم البيمارستانات (the asylum concept) إلى نظام محلى "قروى" للصحة العقلية من أجل توفير الرعاية والعلاج لأولئك المصابين بأمراض عقلية مستعصية .

وقد استمر تأثير سياسات الصحة العقلية المنتجة فى أوروبا وأمريكا الشمالية أو فى منظمة الصحة العالمية ، حتى يومنا هذا ، مع وجود رعاية "المستوصفات" (dispensary) – أو العيادات الخارجية ، وخدمات الأزمات الحادة (crisis care) ، وسياسات "عدم الإدخال" (deinstitutionalization) ، و"اللامركزية" (decentralization) ، و"الخصخصة" (privatization) فيما يتعلق بالخدمات الصحية ، وتقديم علاج الأمراض النفسانية كجزء من نظام الرعاية الصحية الأولية ، وضم المعالجين الفطريين إلى أنظمة الخدمات الصحية مع وجود يوم مستقل لكل منهما . وتعكس كل هذه الممارسات فترات معينة فى تاريخ التقنيات العلاجية المتوافرة ، والتفكير فى تنظيم وتمويل الخدمات الصحية . وفى كثير من المجتمعات ، يكون اختصاصيو الصحة العقلية متمكنين من أحدث ما يتم طرحه من هذه الأنماط المتعددة للسياسات الصحية ، لكنهم لا يمتلكون الموارد اللازمة لتنفيذ استراتيجيات معينة ، حتى أثناء تطوير استراتيجيات أحدث .

إطار ٢-٣: الصحة العقلية فى المجموعات السكانية الأمرندية (Amerindian)

فى شهر أبريل عام ١٩٩٣ ، عقدت منظمة الصحة لعموم الأمريكتين (PAHO) اجتماعا استشاريا عن "الشعوب الأصلية والصحة" فى مدينة وينيبيج بكندا . وسرعان ما بات واضحا أن الشعوب الأصلية (indigenous peoples) التى حضرت الاجتماع لم تشترك فى مفهومها عن "الصحة" مع الوكالات الصحية الرسمية والدول الأعضاء فى منظمة الصحة العالمية . ففى الحين الذى تحدثت فيه تلك الأخيرة عن الاضطرابات النفسية وعوامل الخطر التى تؤدى للإصابة بها ، أكد ممثلو الأمم الأصلية على أهمية احترام قدسية الحياة على الأرض وعلى الخاصية الشمولية (holistic) للصحة .

ويؤكد هذا التباين وجود الاختلافات الخطيرة الموجودة فى العديد من بلدان أمريكا الجنوبية بين السياسات الصحية الوطنية وبين الكيفية التى يرى بها الهنود أنفسهم المشكلات الصحية وحلولها المحتملة . وهذه الاختلافات ملحة ، باعتبار المشكلات الصحية العقلية التى يعانى منها اليوم هنود أمريكا اللاتينية ، والتى لا يمكن فصلها عن استعبادهم المستمر ، وتثاقفهم (acculturation) القسرى ، والأنظمة البيئية المحلية المتدهورة ، وغزو أراضيهم من قبل قاطعى الأخشاب ، والمنقبين عن المعادن ، ومربيى الماشية . وتعيش الغالبية العظمى من الشعوب الأصلية فى أمريكا اللاتينية فى فقر مدقع ، كما يحتلون أدنى الدرجات الاجتماعية والاقتصادية فى مجتمعاتهم الوطنية . ويشعر أغلب الهنود بالعجز فى ظل التهديد بالذوبان فى الثقافة السائدة أو الدولة الوطنية . وقد أدت برامج التقشف الوطنية ، وندرة الفرص الاقتصادية ، والصراعات المسلحة ، إلى وجود المزيد من عوامل الخطر الصحية . وللشعوب الأصلية فى أمريكا اللاتينية على الدوام معدلات أقصر لفترة البقاء على قيد الحياة منها فى سواد الشعب ، إضافة إلى معدلات أعلى للوفيات ، ونمط للمراضة (morbidity) مختلف ومتبدل على الدوام .

وقد أدت هذه التغيرات إلى ظهور حاجات صحية جديدة وأكثر خطورة . وتزداد معدلات الإصابة بالأمراض العقلية فى الهنود عنها فى سواد السكان الوطنيين . وتتميز اضطرابات النمو ، والاضطرابات الاكتئابية وتلك المصحوبة بالقلق (بما فيها المتلازمات المرتبطة بالثقافية مثل "الأعصاب") ، والسلوك غير المتكيف (maladaptive) المرتبط بإدمان الكحول ، والمشكلات الثاقفية المتعلقة بالكرب (بما فيها الانتحار والوفيات الناتجة عن الحوادث والعنف) ، بكونها مصدر قلق ملح بين أفراد الشعوب الأصلية . وتبلغ الفجوة الموجودة بين الحاجات الصحية المتزايدة وبين الخدمات الصحية المتوافرة من الكبر بحيث لا تستطيع الأنظمة الصحية الرسمية ولا خدمات الرعاية الصحية الأولية المتوافرة أن تواجه الاختلافات الثقافية والتحول الصحى الوليد . كما أن الممارسات الصحية التقليدية لا تستطيع بدورها أن تتعامل بصورة فعالة مع التحديات الشاملة وظهور أمراض مثل الكوليرا والإيدز .

وإذا استمرت الخدمات الصحية العقلية للشعوب الأصلية فى اعتمادها على القيم الغربية ، فلن يكون هناك سوى قدر ضئيل من النجاح فى تعديل الأنماط الغالبة للرعاية الصحية العقلية . ويبدو أن البيمارستانات ومستشفيات الوصاية (custodial hospitals) لا تفيد سوى فى زيادة إزمان المرض ، وعزل المرضى ، وتقديم ذخيرة هزيلة من العلاجات البديلة . وعن طريق تعزيز أهمية القيم المحلية ، والاختلافات الموجودة بين أنظمة المعانى والمدلولات ، والفئات المتعددة للأمراض ، يمكن أن يساعد المسلك المبرز لدور الثقافة فى إتاحة فهم أفضل للقوى التى تؤثر على الصحة وعلى الرعاية الطبية . ويمكن لمثل هذا المسلك أن يساعد أيضا الشعوب الأصلية على التعبير بصورة أفضل عن

آرائهم المتعلقة بمشكلات الصحة العقلية ، وعلى إيجاد أنظمة للخدمات الصحية المبنية على تلك الآراء . ومن خلال المشاركة الفعالة للشعوب الأصلية ، إضافة إلى فهم الحاجات المحددة والثقافات الخاصة بتلك المجموعات السكانية ، يمكن للحكومات أن تنفذ البرامج التى تعتنى بصورة أكثر نجاحا بالصحة العقلية للشعوب الأصلية(٥٧).

جدول ٢-٤ : بيانات الصحة العقلية : منطقة غرب الباسيفيكى

البلد	الأطباء النفسيون لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان	عدد الأسرة لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان
أستراليا	٩,٢	٧,٤
الصين	a٠,٣	٠,٧٣
فيجي	b___	٢,٥٦
هونج كونج	١,٢٤	٧,٣
اليابان	٧,٠٨	٣٥,٧
كوريا	١,٥٨	٢,٨٦
ماليزيا	٠,٢٨	٢,٢٨
نيوزيلندا	٥,٦٤	٨,٥٥
بابوا غينيا الجديدة	b___	٠,٥٩
الفلبين	c٠,٠٣٤	١,١٣
سنغافورة	١,٤٩	١١,٠٦
فيتنام	٠,٠٩	٠,٧٨

المصدر:Shinfuku,1993

a : بمن فيهم العاملين غير المؤهلين فى مجال الصحة العقلية

b : هناك طبيب نفسى واحد للدولة بأسرها

c : كانت هناك "هجرة للأدمغة" هائلة إلى الولايات المتحدة

ويعكس التباين الدولى فى أنظمة الصحة العقلية أيضا أنماطا محلية عريضة . فأمم أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى تواجه مشكلات اقتصادية طاحنة ، وأزمة فى سلطة الدولة وهيبتها ، وبنى تحتية بيروقراطية أصابها الفشل ، ونقصا فى العاملين وفى الموارد المالية .ومن الناحية الأخرى ، تمتلك كثير من تلك البلدان تقاليد غنية ومتنوعة للعلاج الشعائرى (ritual healing) ،إضافة إلى اختصاصيين بالمداواة متبصرين .وقد تم بذل الجهود لإيجاد خدمات مبتكرة للصحة العقلية تعتمد على العاملين فى مجال الرعاية الأولية والمعالجين التقليديين ، لكن بعضا من أكثرها إثارة - مثل تلك التى كانت فى مالى - قد تم تقليصه نتيجة لسياسات إعادة الهيكلة الاقتصادية(٦٠).

وتتميز خدمات الصحة العقلية فى أمريكا الوسطى والجنوبية بالتشظى وبوجود تباين هائل فى الخدمات المقدمة للأغنياء وتلك المتاحة للفقراء ، حتى فى المناطق التى لا تكون فيها الميزانية الكلية بالغة السوء مقارنة بالمعايير العالمية .وتمتلك المكسيك ، على سبيل المثال ، أسرة ومستشفيات للمرضى النفسيين خاضعة لإشراف وزارة الصحة والمعونة الاجتماعية (SSA) ، والجيش ، والبحرية ، بالإضافة إلى العديد من الممارسين الذين تلقوا تدريبا فى التحليل النفسى والذين يخدمون فى القطاع الخاص ، مما يعقد بصورة شديدة أى تقييم عام لمدى توصل المكسيكيين إلى خدمات الصحة العقلية . وتكافح البرازيل لحل مشكلة تقديم الرعاية المناسبة لسكان المناطق الريفية ، والمناطق الحضرية الفقيرة ، والمجموعات السكانية الأصلية ، حتى فى وجود أطبائها النفسانيين (psychiatrists) البالغ عددهم ٦,٠٠٠ والعلماء النفسيين (psychologists) البالغ عددهم ٦٠,٠٠٠ ، ومستشفيات الأمراض النفسية البالغ عددها مائة مستشفى(٦١). ويتشابه الأمر فى شيلى ، ففى الحين الذى تقترب فيه نسبة عدد الأطباء النفسانيين إلى عدد السكان من معايير منظمة الصحة العالمية ، لا تزال المجموعات السكانية التى تتلقى قدرا غير كاف من الخدمات تمثل مشكلة نظرا لأن عددا لا يستهان به من الأطباء النفسانيين يعملون فى القطاع الخاص .

وبرغم ازدياد ارتباط المجتمعات الآسيوية فيما بينها فى مجالات التجارة والتنمية الصناعية ، إلا أن هناك تباينات عريضة بين الدول وبعضها ، وفى داخل الدولة نفسها. ومع ذلك ، تبذل العديد من الدول جهودها لتقديم الخدمات الصحية العقلية الأساسية على الأقل . وفى عام ١٩٨٤ ، لم يزد عدد أسرة الأمراض النفسانية فى بنجلادش عن ١٠٠، وذلك لعدد سكانها الذى يقترب من ١٠٠ مليون نسمة[٦٢]. وتعتمد ماليزيا على أربعين طبيبا نفسانيا و٨٠٠ ممرضة لخدمة سكانها البالغ عددهم ١٥ مليون نسمة ، أما بوتان (Bhutan) ،فتفتقر إلى خدمات الصحة العقلية الرسمية كلية[٦٣]. وتتميز الهند بوجود تباين داخلى عظيم حسب مناطقها المختلفة. وعلى سبيل المثال ، يصف الطبيب النفسانى الهندى ناريندرا ويج (N.Wig) برنامجا نفسانيا نشطا ومجتمعى التوجه فى ولاية كيرالا ، بينما يبدو أن الولايات الأخرى (مثل ولاية هيماشال برادش) تفتقر لوجود الخدمات النفسانية الأولية[٦٤].

وبرغم التباينات المحلية ، يواجه الممارسون والمخططون فى أفريقيا ، وآسيا، وأمريكا اللاتينية ، صعوبات مشتركة أثناء محاولاتهم لجعل فوائد الطب النفسى المعاصر متاحة للأفراد الذين يعانون من أمراض عقلية . وفى جميع المجتمعات تقريبا ، بما فيها الغنية وتلك الفقيرة ، فإن عدم وجود استثمار شعبى متواصل فى خدمات الصحة العقلية يعكس الأولوية المنخفضة التى تمنحها للرعاية النفسانية الحكومات الوطنية ، وهيئات الإغاثة ، والمجتمع الدولى للصحة العامة. وبرغم أنه من شبه المستحيل الحصول على إحصائيات موثوق بها ، فإن تقدير كيلونزو (Kilonzo) لكون ٤٪ فقط من الميزانية الصحية المتواضعة لتنزانيا يوجه نحو خدمات الطب النفسى يحمل فى طياته مدلولات مفيدة. (تشير التقديرات إلى أن هذه النسبة ، فى الولايات المتحدة ، قد ظلت عند مستوى ١٦٪ لعدة سنوات)[٦٥]. وقد أدى الفشل فى وضع الرعاية الصحية العقلية على جدول الأعمال الوطنية والدولية إلى تقليص شديد للجهود الساعية لإقامة خدمات أساسية للصحة العقلية ، كما أدى فى كثير من الأحيان لعدم وجود الرعاية الوقائية والتأهيلية على الإطلاق .

وقد كان للعبء الذى يمثله سداد الديون الوطنية وفرض سياسات الإصلاح الاقتصادى ، خصوصا عندما يقترن بفساد الإدارة الحكومية ، تأثيرات هامة على

الخدمات ذات التمويل المنخفض أصلا . وتتحدث رسالة كتبها طبيب نفسى نيجيرى بلسان حال كثيرين من العاملين فى الأمم الفقيرة . وباعتبار " نحو ١٢ عاما من سوء الإدارة ، والفساد السياسى ، إلخ ،. " كتب يقول ،

> **لم يعد للخدمات فى مجالات التعليم ، والصحة ، وغيرهما من الخدمات الاجتماعية أى معنى فى هذا البلد بالفعل ... فحتى أوائل الثمانينات ، كانت هناك بعض الخدمات فى صورة بعض المستشفيات النفسانية المتناثرة بطول البلاد وعرضها .... ومع انهيار هذه المستشفيات كنتيجة للإهمال بسبب نقص التمويل الشديد ، أصبحت الخدمات المدعومة حكوميا (مثل كلفة الأدوية ، ورسوم الإقامة ، وإطعام المرضى ، إلخ). ملقاة تماما على عاتق عائلات مرضانا . وبما أن أغلب هذه العائلات كانت فقيرة ، فقد تعرض أغلب المرضى الذين كان من الممكن أن يتحسنوا بطرق العلاج التقليدية (والتى تتكون أساسا من الأدوية على أية حال) ، إما لأن يتركوا ليهيموا على وجوههم كالمتشردين ، أو لأن يحبسوا فى مراكز العلاج التقليدية أو مراكز العلاج الروحانى (Faith healing)..... ولا تساعد الأولوية المنخفضة الممنوحة للصحة العقلية ضمن التخطيط الصحى الكلى فى تحسين الموقف فى البلدان النامية مثل نيجيريا ، حيث يصعب تجاهل المتطلبات المتنافسة للأمراض المعدية والطفيلية .**

وبهذا يهدد نقص الموارد المادية على الدوام بتعطيل الجهود المبذولة لبناء حتى الخدمات الصحية الأساسية .

وقد تواجه العديد من الدول نقصا خطيرا فى الخدمات النفسانية والعاملين المدربين لتكوين نظام للصحة العقلية . ويتزايد التباين بين الدول الغنية وتلك المحدودة الدخل بصورة مذهلة . وقد كان هناك فى الولايات المتحدة أكثر من ٤٢,٠٠٠ اختصاصى مدرب جيدا فى الطب النفسى للبالغين وللأطفال ، بالإضافة إلى نحو

٥,٠٠٠ إلى ٦,٠٠٠ ممن هم فى مرحلة التدريب فى نهاية عام ١٩٩٣[٦٦]. وهناك أيضا ٦٠,٠٠٠ عالم نفسى و٨٥,٠٠٠ من العاملين فى الخدمة الاجتماعية ، و٧٥,٠٠٠ ممرض وممرضة للطب النفسى ، وذلك لخدمة مجموعة سكانية لا يزيد قوامها عن ٢٦٠ مليونا[٦٧]. ويمكن مقارنة هذه الأرقام بعدد الأطباء النفسيين فى نيجيريا ، والذى لا يتجاوز الستين ، بالإضافة إلى بضع مئات من ممرضى وممرضات الطب النفسى ، وأقل من ١٠٠ من العاملين الاجتماعيين النفسيين ، والذين يخدمون شعبا قوامه ١٠٠ مليون نسمة ، ويمكن مقارنتها أيضا بعدد الأطباء النفسيين فى زيمبابوى وهم عشرة يخدمون شعبا تعداده عشرة ملايين . وتبلغ نسبة الأطباء النفسيين إلى السكان فى الولايات المتحدة نحو ١٧٠ ضعف مثيلتها فى نيجيريا . ويزداد تفاقم هذه المشكلة بسبب نقص التدريب على الطب النفسى الذى يخضع له الممارسين الطبيين العموميين ، وبسبب عدم وجود مسلك نفسى – اجتماعى للممارسة الطبية . وفى الحين الذى لا تستغرق فيه زيارات الرعاية الصحية الأولية سوى دقائق معدودات ، مع عدم توقع حدوث مناقشات مطولة بين الطبيب ومريضه من أى الطرفين ، نجد أن الجهود التى تستهدف إدخال التقييم النفسانى والمشورة النفسانية إلى طب الرعاية الأولية قد أصبحت شبه مستحيلة .

ويضيف نقص الأدوية النفسانية التأثير فى المستوصفات الوطنية ، ونقص تدريب العاملين الطبيين فيما يتعلق بالاستخدام المقنن لتلك الأدوية ، إلى الصعوبات التى تكتنف تعزيز العلاج الملائم لأولئك المصابين باضطرابات عصبية – نفسانية . وتركز جميع التقارير الواردة عن الخدمات الصحية المحلية على تكاليف ، وتوافر ، والاستخدام الأمثل للعقاقير كمشكلة حيوية تواجه إقامة خدمات الصحة العقلية .

وختاما ، يتواءم نقص الموارد والعاملين المخصصين للرعاية الصحية العقلية مع النظرة الدونية الموجهة للمرضى العقليين أنفسهم فى الكثير من المجتمعات . ويخشى الناس بصورة واسعة أولئك "المجانين" نظرا لخطورتهم ، أو أنه تتم السخرية منهم ، وحتى فى المجتمعات التى تضطلع فيها العائلات برعاية المرضى العقليين من أفرادها (مثل تايوان) ، أدى العبء الذى تتكبده العائلات والوصمة التى تلحق بهم من جراء وجود المرضى العقليين بينهم ، إلى ظهور قطاع مزدهر من البيمارستانات الشعبية .

ومع تزايد معدلات التمدن ، وأنماط التوظيف المتغيرة ، وتزايد الانتقال الجغرافى للسكان ، أصبحت رعاية المرضى العقليين داخل إطار الأسرة أو المجتمع مهددة بالخطر. وعندما يصبح المرضى العقليون "مشردين" (vagrants) ، فهم يصبحون أكثر احتمالا لأن ينظر إليهم كأفراد يفتقرون للأهلية الإنسانية الكاملة ؛ وبهذا تقلص الرغبة فى عزل المرضى العقليين من تلك الممارسات المجتمعية التى أتاحت سيرا مرضيا أقل شدة للفصام فى البلدان غير الصناعية .

وبهذا تتحد تلك العمليات لتهديد الحقوق الإنسانية الأساسية للمرضى العقليين . وتضم الأرجنتين ، والتى صنفت من قبل البنك الدولى كدولة ذات دخل فوق المتوسط - حيث بلغ الناتج الإجمالى القومى للفرد نحو ٢٨٠٠ دولارا فى عام ١٩٩١ ، مستشفيات نفسية عمومية مزرية . وقد أصبح الحجم الهائل للمشكلة واضحا للعيان فى صيف عام ١٩٩٠ ، عندما توفى ثلاثون مريضا نتيجة لسوء التغذية الشديد فى مستشفى مويانو الواقعة فى العاصمة بوينس أيرس ، وهى بيمارستان للنساء ذو إدارة حكومية ويضم ١٦٠٠ سريرا. وقد كان المسئول عما حدث أكثر من مجرد الإهمال الرسمى . فلم تقع المأساة سوى لأن أفراد الأسر قد هجروا أقاربهم تماما كما لو كانوا قد ماتوا بالفعل (انظر إطار ٢-١)[٦٨].

اتجاهات خدمات الصحة العقلية : تحد للعمل

فى وجه تلك التحديات الهائلة التى تعترض إقامة نظم الخدمات للأفراد الذين يعانون من الاضطرابات العصبية - النفسانية ، قامت منظمة الصحة العالمية والمجتمع الدولى للصحة العقلية بإيجاد عدد من الاستراتيجيات المبتكرة التى عززت تقديم الخدمات الصحية الملائمة حتى فى عدد من أكثر الدول فقرا . واستنادا إلى ما يزيد على العقد من مشروعات التدخل البيانية (demonstration intervention projects) ، هناك إجماع عام على المبادئ الأساسية التى يجب أن ترشد أولئك الذين سيتولون مهمة تحسين خدمات الصحة العقلية .

أولا ، برغم أن قيمة الخطط الوطنية لا تزيد عن قيمة تنفيذها ، فمن الضرورى أن يوجد التزام وطنى ومحلى إذا أريد للرعاية الصحية العقلية أن تكون من الأولويات ، وإذا أريد أن تستخدم الموارد المالية المحدودة كأحسن ما يكون. وتحتاج خدمات الصحة العقلية للاعتراف بها كإحدى أولويات الصحة الوطنية والسياسات الاجتماعية ؛ ويجب أن ينقل هذا الاعتراف إلى المؤسسات الهامة ولعموم الجمهور ، كما يجب أن يتواصل هذا الالتزام. ويجب أن تتم مناقشة رعاية المرضى العقليين بصورة خاصة فى برامج الصحة الوطنية ، مع استعراض واضح للحصص المالية المخصصة لها وللأنشطة التى سيتم تنفيذها لمساعدة المرضى العقليين وعائلاتهم. ويتطلب هذا الالتزام دعم هيئات التمويل الدولية التى تمارس اليوم تأثيرا هائلا على تقسيم الاعتمادات المالية العمومية فى الكثير من المجتمعات الفقيرة .

ثانيا ، من المتفق عليه اليوم بصورة عريضة ليس فقط أن "مستشفى المجانين" القديم يمثل مخططا لحيونة (Dehumanizing: التجريد من الصفات الإنسانية) العلاج ، بل أيضًا أن كثيرا من الممارسات المرتبطة بهذه البيمارستانات تعد انتهاكات للحقوق الإنسانية الأساسية[٦٩]. وقد خلصت لجنة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان إلى أن العلاج الطبى يجب أن يكون حقا أساسيا لأولئك الذين يعانون من أمراض عقلية ؛ وبالإضافة إلى ذلك ، يجب حماية الحقوق الإنسانية الأساسية للمرضى أثناء تقديم العلاج وأثناء حماية المصابين بهذه الأمراض وغيرهم من الأخطار المحتملة . وبذلك تكون الإجراءات الوقائية القانونية (legal safeguards) من المتطلبات الأساسية للرعاية الإنسانية .

ويشير تطبيق التشريعات الجديدة فى كينيا إلى أهمية تغيير القوانين المتعلقة برعاية المرضى العقليين. ففى كينيا ، مثلها فى ذلك مثل بقية الأقطار الأفريقية الواقعة جنوبى الصحراء الكبرى ، أدت الأزمة الاقتصادية والمعدلات المتزايدة للتمدن (urbanization) إلى إيجاد موقف أصبح فيه الشعب مهددا بالإهمال أو بالتخلى عنه كلية . وفى الحين الذى تحاول فيه جاراتها مواجهة مشكلات مماثلة ، تمادت كينيا إلى الحد الأقصى بتطبيقها لقوانين جديدة. ففى الحين الذى لم يزد فيه التشريع السابق على شموله لتناول (handling) المرضى بأمراض عقلية (بمعنى إدخالهم إلى المستشفيات وإخراجهم منها ، وإعادتهم إلى بلدانهم الأصلية ، وإدارة ممتلكاتهم) ،

يهتم التشريع الجديد أيضا بالجهود المبذولة لمنع إدانة (decriminalize) ، وإزالة الغموض (demystify) ، وإزالة الوصمات (destigmatize) المتعلقة بالمرض العقلى ، مع جعل الرعاية الصحية العقلية أكثر "شعبية " (communal) وأقل مركزية ، إضافة إلى تبسيط إجراءات الإدخال إلى المستشفى ، ودمج خدمات الصحة العقلية ضمن إطار الخدمات الحكومية العامة التابعة للدولة . وكنتيجة لتطبيق قانون الصحة العقلية لعام ١٩٩١، فتح أكثر من نصف المستشفيات الحكومية العامة أبوابها للمرضى النفسانيين ، كما تم نشر ممرضى وممرضات الطب النفسى بصورة عادلة فى المستشفيات العامة المنتشرة فى جميع أرجاء البلاد ، وأصبح أطباء الرعاية الصحية الأولية مشاركين فى تقديم الرعاية الصحية العقلية ، وأنشئت العيادات الخارجية للصحة العقلية فى المستشفيات العامة ، كما تم إقامة بعض خدمات الوصول إلى المناطق البعيدة . وبالإضافة إلى ذلك ، بدأ المجلس (البورد) الكينى للصحة العقلية فى عقد اجتماعاته بصورة منتظمة ، وتمت صياغة القواعد الإدارية لتنفيذ القانون ، كما أن التعديلات اللازمة لتوفير الاعتمادات المالية المطلوبة لا تزال فى مرحلة الإعداد . وبذلك ، يكون التشريع الجديد والمعتمد تماما على الفطرة السليمة قد أشعل ثورة حقيقية فى مجال الرعاية الصحية العقلية[٧٠].

ثالثا ، هناك تفاؤلا متزايدا حول الفائدة المحتملة لطب نفسى مجتمعى جديد بالنسبة لبلدان عديدة. وقد اختتمت مجموعة بحثية تابعة لمنظمة الصحة العالمية مراجعتها للأبحاث والمشروعات البيانية المتعلقة بالصحة العقلية ، بما أصبح اقتناعا أساسيا لمخططى الصحة العقلية :

> **يجب ألا تقبل المعوقات الاقتصادية كأسباب لإغفال التخطيط فى مجال الصحة العقلية ، وذلك لأنه على المدى الطويل ، يجب أن يؤدى تقليل الإعاقة المزمنة فى أية مجموعة سكانية إلى مكاسب اقتصادية. وقد اقتنعت المجموعة البحثية أيضا بأن وجود سياسة لترسيخ الرعاية الصحية العقلية فى المجتمع ، كأقرب ما يكون إلى كونها جزءا لا يتجزأ من خدمات الرعاية الصحية الأولية ، يقدم أفضل أمل فى إنشاء برامج وطنية فعالة بتكاليف قليلة**

نسبيا – والتى هى بالتأكيد أقل من إقامة أية برامج مبنية على المستشفيات والمؤسسات العلاجية(٧١).

وبدعم من منظمة الصحة العالمية ، تم تنفيذ المشروعات البيانية فى دول متباعدة كالهند ، والفليبين ، وتنزانيا ، من أجل "توسيع مجال الرعاية الصحية العقلية" ليشمل كلا المجتمعات الريفية والحضرية(٧٢). وتعتمد هذه البرامج على التدريب الناجح (أو إعادة التدريب) للعاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية ، والممارسين العامين ، وعلى حسن إدارة الأدوية والعقاقير ، وتوفير الاستشاريين والمستشفيات المرجعية ، والاستعانة بالعمالة المساعدة (auxiliary staff) للرعاية الصحية الأولية . وبرغم الصعوبات التى اكتنفت تلك المشروعات ، فقد ظهر أنها قللت من معدلات احتجاز المرضى فى المستشفيات ومن الاستخدام غير الضرورى لخدمات العيادة الخارجية للمنطقة (district) ، وأنها قدمت رعاية تتسم بالجودة (انظر إطار ٢–٤ وإطار ٢–٥).

رابعا ، يعتبر اليوم إقامة وحدة تخصصية فى مستشفى المنطقة أكثر ملائمة من الدعم المستمر للمستشفيات النفسية المركزية الكبرى. ويحافظ اعتبار مثل هذه الوحدات كتوسعات للبرامج المبنية على المجتمع ، وليس كمحور نظام الرعاية الصحية العقلية ، على التركيز على الرعاية المبنية على المجتمع .

خامسا، يرتبط مع هذه الاستراتيجية العامة تحول فى وظائف مجموعات متنوعة من العاملين. وعلى وجه الخصوص ، سيعمل الأطباء النفسانيون كمدرسين ومستشارين ، بدلا من عملهم كمقدمين أوائل للرعاية الصحية العقلية ؛ إذ سيصبح العاملين من غير الأطباء هم المقدمين الأساسيين للرعاية .

سادسا ، يمكن أن تساعد خدمات التأهيل النفسى المجتمعية على تحسين نوعية الرعاية المقدمة للمرضى العقليين. وتقدم هذه الخدمات التى أنشئت مؤخرا فى الصين مثالا مهما على وجه الخصوص (انظر إطار ٢–٦)(٧٦). وتستعرض دراسات التقييم تلك الفوائد الإكلينيكية لمثل هذه الخدمات المجتمعية وفعاليتها مقارنة بكلفتها.

سابعا ، يتم التعرف على الأسرة كمفتاح نظام الصحة العقلية. وفى مجتمعات مثل الهند ، لا تكتفى الأسر بتقديم الرعاية داخل نطاق المجتمع ، لكنها تقدم أيضا

أوجها حيوية من الرعاية فى المستشفيات (انظر إطار ٢-٧)[٧٩]. وتحدد الأبحاث فوائد العمل النفسى - التربوى (psychoeducational) مع العائلات - فيما يتعلق بالتغلب على العبء الذى تتحمله العائلة ، إضافة إلى زيادة فاعلية دورها كمقدمين للرعاية[٨٠].

وأخيرا ، من الواضح أن هناك حاجة لكل من تداخلات الصحة العامة واعتبارات السياسة العريضة من أجل الوقاية من الاضطرابات العصبية - النفسانية ، ولمنع نشوء قدر لا داعى له من الإعاقة والعجز ، ولتعزيز الصحة العقلية. ويزداد حدوث الاكتئاب والقلق وسط الضوائق الحادة ، والحالات المزمنة للعوز والفقد التى تفوق الإمكانات المتاحة ، وحالات الهزيمة والقنوط التى تنتهك الهوية الذاتية ، والظروف المصحوبة بعدم الشعور بالأمان وبالعنف. ويمكن أن تساعد السياسات والبرامج التى تستهدف الأسر ، والأطفال ، والمهاجرين

إطار ٢-٤ خدمات قروية الارتكاز للصحة العقلية فى نيجيريا

فى عام ١٩٥٤ ، بدأ الدكتور توماس لامبو (Lambo) ، والذى كان وقتها أستاذا للطب النفسى في جامعة إيبادان ، وعدد من زملائه تجربة رائدة فى الطب النفسى المجتمعى (community psychiatry) فى منطقة "آرو" ، وهى ضاحية ريفية قريبة من المدينة القديمة "أبيوكوتا" ، والتى تبعد نحو ستين ميلا عن العاصمة الاتحادية لغرب نيجيريا. وقد ألحقت وحدة علاجية ضخمة تتسع لبضع مئات من المرضى بأربعة من القرى التقليدية الكبيرة التى يسكنها أفراد قبيلة اليوروبا (Yoruba) وعائلاتهم الممتدة. وقد كانت القرى الأربعة محيطة بمستشفى أرو .

وقد كان على كل مريض يتم إدخاله ضمن البرنامج العلاجى أن يصطحبه واحد على الأقل من أفراد أسرته يمكن أن يطهو له طعامه ، وأن يغسل له ثيابه ، وأن يصطحبه إلى المستشفى لتلقى العلاج . وقد اعتاد المرضى ، وأفراد عائلاتهم ، وحتى القرويون أنفسهم ، على حضور الاجتماعات الدينية ، والمسرحيات ، وحفلات الرقص ، والأنشطة الاجتماعية التى كانت تقام فى المستشفى

وفى المرحلة الثانية من التجربة ، تم إيجاد خدمات العيادة الخارجية فى قريتين أصغر حجما من الأولى ، بالتشاور الكامل مع كبار القريتين. وقد تم تجهيز العيادتين بحيث تتمكنان من تقديم جميع أنواع العلاج الحديثة ، بما فيها مختبر صغير لإجراء الاستقصاءات الروتينية . وبالإضافة لذلك ، تم استخدام عيادة متنقلة للتوغل إلى القرى الأكثر بُعدا داخل المنطقة ذاتها .

وقد تأكد مطورو البرنامج من أن نسبة القرويين الطبيعيين إلى المرضى قد ظلت عند مستوى ستة قرويين إلى أربعة مرضى. وقد شُجِّعت القرى الصغيرة القريبة من العيادات على اصطحاب المرضى الجدد إلى بيوتهم وكتعويض عن ذلك ، ساعدت القروض والمنح المقدمة من المستشفى على تحسين موارد ونظافة المياه المحلية . ومن بين السمات الكبرى لبرنامج الرعاية هذا ، كان التعاون مع المعالجين التقليديين . فقد كان لأغلب المعالجين التقليديين خبرة سابقة لا يستهان بها فى معالجة المرضى الأفارقة . وقد قاموا بعملية الإشراف والإدارة للأنشطة الاجتماعية والجماعية فى القرى ، بإرشاد من العاملين فى مجال الصحة العقلية .

وقد حدد لامبو تلك الفوائد الاجتماعية ، والطبية ، والاقتصادية ، لهذا المخطط القروى وقد كانت الفوائد الاجتماعية هى أن الرعاية تصبح جزءا مكملا للمجتمع ؛ وتصبح التوجهات المجتمعية نحو المرض العقلى أكثر إيجابية ؛ كما يسمح المخطط بتقييم الكفاءة الاجتماعية للمرضى فى البيئة الطبيعية للقرية عوضاً عن الظروف الصنعية الموجودة فى المستشفى وتشمل الفوائد الطبية وجود بيئة علاجية مثلى تجمع بين العلاج والتأهيل ، وتعزيز روح التعاون مع علماء السلوكيات ، وخلق بيئة تعزز دور المجتمع . وتشمل الفوائد الاقتصادية الانخفاض النسبى للتكاليف ، والقدرة على توظيف الإمكانات البشرية والمالية الضئيلة بأكثر الطرق فاعلية من الناحية الاستراتيجية .

وفى معرض تلخيصه لحالة البرنامج فى عام ١٩٦٣ ، لاحظ لامبو أن " مخططا كهذا يمكن أن يعمل فى المجتمعات الزراعية غير الصناعية .... حيث تكون عتبة (threshold) احتمال المجتمع مرتفعة ؛ .... ومع بداية التحولات الاجتماعية ، قد تظهر الصعوبات "[٧٣]. وللأسف ، فقد ظهرت تلك الصعوبات بالفعل .

ويقرر البروفسور أولاتاوورا ، من مستشفى University College فى إيبادان ، أنه قد تم احتواء قرية أرو بالكامل نتيجة للتوسع الزاحف لمدينة أبيكوتا[٧٤]. وبرغم أن ممارسة إدخال المرضى إلى "القرية" لا تزال قائمة إلى الآن ، إلا أن مشاركة المجتمع قد أصبحت أقل فاعلية بكثير عما مضى. وقد تم تقليص البرنامج السابق فى الوقت الحاضر إلى أنشطة جماعية غير منتظمة تضم مساعدى ومساعدات التمريض ، والمرضى وأقربائهم . وقد تقلص عدد المرضى من تواجد ثلاثين إلى أربعين مريضا يوميا فى المتوسط إلى عشرة فى المتوسط . ولم تعد المشاركة النشطة للمعالجين التقليديين والمعالجين الروحانيين جزءا من البرنامج على مدى العقدين الماضيين .

ويخلص البروفسور" أولاتاوورا" إلى أن " مخطط قرية أرو كان ضحية للحداثة على الطريقة الغربية ، والتى ميزت نظام الرعاية الصحية فى الدولة بأسرها خلال السنوات الماضية ." وقد جعل تحديث

(modernization) نظام الرعاية تبعا للنموذج الغربى فى بقية أجزاء القطر من المستحيل على مخطط أرو أن ينطلق فى الأجزاء الأخرى من القطر . وبرغم جميع السمات المثيرة للبرنامج ، فقد ثبت عدم قدرته على البقاء فى وجه القوى الاجتماعية الأكبر .

واللاجئين ، وتعمل على إتاحة فرص التوظيف ، ومنع نشوب الصراعات العرقية (الإثنية) ، فى تخفيف حدة هذه المصادر الاجتماعية للمرض .

وتقترح الاستراتيجيات الحالية لتعزيز خدمات الصحة العقلية إيجاد برنامج عريض للتدخل والبحث يمكنه أن يحسّن بصورة مؤثرة من جودة الرعاية الطبية المقدمة لأولئك الذين يعانون أمراضا عقلية. وكثير من هذه الاستراتيجيات فعال ، حتى فى وجود موارد مالية محدودة. ومع ذلك ، ففى النهاية ستكون هناك حاجة لإعادة توزيع الموارد المتاحة ، ولالتزام عريض بحقوق الإنسان ، من أجل تقديم الدعم الكافى للبرامج المبتكرة والمستدامة للرعاية الصحية العقلية .

إطار ٢-٥ : الصحة العقلية المجتمعية فى سوازيلاند

كيف يمكن للمرء تنظيم خدمات فعالة للصحة العقلية لشعب متناثر فى بلد يخصص اعتمادات ضئيلة لاهتمامات الصحة العقلية ؟ فى سوازيلاند ، بدأ العمل ببرنامج صغير ، لكنه مبتكر ، للصحة العقلية المجتمعية ، بتطبيق مفاهيم علاجية جديدة واستخدام الشبكات الصحية الموجودة بالفعل . وقبل عام ١٩٨٠ ، كانت خدمات الصحة العقلية فى سوازيلاند مركزة حول مستشفى واحد للوصاية على المرضى العقليين ، يصعب الوصول إليه من قبل كثير من المرضى ويخشاه عموم الجمهور . وقد كانت أغلب حالات الدخول إلى هذا المستشفى للأفراد ذوى السلوك العدوانى ؛ فكانت الشرطة تحضر عددا كبيرا من حالات الدخول البالغة ٥٠٠ حالة سنويا . وبسبب النقص الشديد فى عدد العاملين (ست ممرضات مدربات وثلاثون من العمال غير المدربين) ، كان يتم السيطرة على الحالات العنيفة بالتقييد الجسدى ، كما كان المرضى المحبوسون فى غرف المستشفى يتعرضون كثيرا للحرق أو للضرب فى أبواب الغرف . وباعتبار الصورة السلبية والوصمات المتعلقة بالمستشفى ، فلم يكن لها كثير من المناصرين فى أروقة وزارة الصحة ، كما كانت من الأولويات الدنيا فى الميزانية الصحية .

وعلى عكس نظام الصحة العقلية المركزى الاحتجازى (custodial) ، تفرعت الخدمات الصحية العامة حتى وصلت إلى السكان الريفيين المتناثرين بطول البلاد وعرضها . وقد أقيمت

مستشفيات المنطقة وزودت بأطباء ممارسين عامين ؛ كما كانت المستشفيات متصلة بشبكة من عيادات الرعاية الأولية التى تترأسها ممرضات تشخيصيات ممارسات . وبالإضافة لذلك ، كان يتم تكليف كل من العاملين الصحيين القرويين الذين تلقوا تدريبا لمدة ثلاثة أشهر على الرعاية الصحية الأساسية والإسعافات الأولية ، برعاية أربعين منزل ريفى يزوره الواحد منهم بصورة منتظمة ، لتقديم الرعاية الصحية الأساسية وتحويل الحالات الخطيرة إلى العيادات لتلقى العلاج .

وقد أنشئ برنامج الصحة العقلية المجتمعية (Community Mental Health Program) ، والذى أقامه الدكتور E.A. جينيس ، وهو طبيب نفسى بريطانى ، لملاقاة الحاجات الصحية العقلية التى لا يستطيع تلبيتها مستشفى الأمراض العقلية المركزى ، فى الوقت الذى يعمل فيه البرنامج أيضا داخل نطاق شبكة الرعاية الصحية الأولية . وبما أن متطلبات الرعاية الصحية الأولية كانت ستستمر فى اعتبار الصحة العقلية من الأولويات الدنيا ، فقد قام البرنامج المجتمعى بتدريب كادر (cadre) من الممرضات النفسيات المجتمعيات بدلا من تدريب العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية على قضايا الصحة العقلية .

وقد طبق البرنامج عددا من المفاهيم التى كانت جديدة على سوازيلاند فى ذلك الوقت . فباستخدام البنية القائمة للصحة المجتمعية والاتصال بالشبكة المتوسعة للعائلات ، قام البرنامج بتحديد الأمراض العقلية الكبرى وشجع معالجتها على المستوى المجتمعى. وقد كان ذلك من الأهمية بمكان ؛ إذ أن العلاج المبكر قد يساعد فى تقليل حالات الانتكاس. وقد عزز البرنامج أيضا من الدور المتعدد التخصصات للممرضات النفسانيات المجتمعيات. فقد جمعت الممرضات بين مهارات التمريض الإكلينيكية و إدارة العيادات وبين مهارات التشخيص وكتابة الوصفات الطبية التى للطبيب ؛ كما عملن أيضا كمستشارين وكمدرسات ومقدمات للنصح . وقد ركز البرنامج على عدد من المجالات الأخرى التى كانت ضرورية من أجل نجاحه. وعلى سبيل المثال ، أخضعت الممرضات لبرنامج تدريبى مكثف مدته عام كامل لم يكتف بتعرضه للموضوعات النظرية ، بل وللخبرة التشخيصية ذات العلاقة وللتدريب العملى تحت إشراف الدكتور جينيس. وقد تم دعم وظيفة الممرضة النفسانية المجتمعية براتب مناسب ، كما تم الاعتراف بوظيفتهن ضمن هيكل الوظائف الحكومية من قبل لجنة القوى العاملة . وبهذه الطريقة ، أعطيت الوظيفة وضعا مرموقا فى ترتيب الوظائف العاملة ، مما يجذب إليها الممرضات المؤهلات .

تم تحديد خمسة مجالات للصحة العقلية – وهى الذهان (psychosis) ، والصرع (epilepsy) ، وإدمان الكحول والمخدرات ، والطب النفسى فى الأطفال – كأكثر الأمراض النفسية والعقلية التى تتعرض لمعالجة غير فعالة فى المستشفى المركزى. وقد أعطيت التعليمات

للمرضات لكى تتمكن من التعرف على هذه الحالات ، ومن صرف الأدوية الملائمة لكل حالة – بعد تدريبهن على أسس علم الأدوية. وقد تم عقد سلسلة من ورش العمل والندوات على جميع مستويات تسلسل الوظائف الصحية لإعلام وإرشاد الناس عن الأمراض العقلي وعن البرنامج المجتمعى . وكنتيجة لذلك ، عملت المرضات بالتنسيق مع المعالجين المحليين وزعماء القرى للحصول على كل من القبول فى المجتمعات المختلفة ، والمساعدة فى التعرف على الحالات المرضية .

كان الطبيب النفسى (د. جينيس) أساسيا للتطوير المستمر للبرنامج . فقد عمل كنصير ومفاوض بالنيابة عن البرنامج وعن المرضات ، كما كان يشرف بنفسه على التدريب الإكلينيكى داخل المجتمع وعلى دروس علم الأدوية للممرضات ، كما كان يساعد فى تبسيط الإجراءات التشخيصية من خلال تصميم صيغة (form) لأخذ التاريخ المرضى ، إضافة إلى البروتوكولات التشخيصية والعلاجية . كما قام أيضا بتدريب فريق عمل ليتسلم مسئولياته فى النهاية .

ظهر البرنامج المجتمعى للصحة العقلية كخدمة ناجحة تلقى قبولا حسنا . وفى عام ١٩٨٣ ، كان هناك خمس عشرة عيادة صحية مجتمعية لعلاج المرضى العقليين . وبحلول عام ١٩٨٦ ، بلغ عدد العيادات خمسين ، كثير منها عيادات متنقلة . وقد ارتفع عدد الحالات التى تم علاجها فى العيادات الخارجية للمشروع من ٢,٠٠٠ فى عام ١٩٨٢ إلى ١٢,٠٠٠ عام ,١٩٨٦ وعلى الرغم من استمرار الزيادة فى عدد حالات الدخول إلى المستشفى المركزى ، إلا أنه قد كان هناك معدل سريع لدورة شغل الأسرة ، مما يدل على انخفاض معدلات الإزمان . كان البرنامج لا يزال فى موقعه ومستمرا فى العمل فى عام ١٩٩٠ . وبرغم وجود قدر من الإنهاك الذى أصاب المرضات الأصليات وعددهن ٣٠ ، استمرت كثيرات منهن فى ممارسة عملهن ، كما كن يتمتعن بقدر كبير من الاحترام والطلب عليهن فى المجتمعات المحلية .

وقد ظهرت أوجه النقص فى البرنامج بعد عدة سنوات . فقد أسهمت الواجبات المتعددة المنوطة بالمرضات النفسانيات فى زيادة معدلات الإنهاك (attrition). وبالإضافة إلى ذلك ، فبعد رحيل الدكتور جينيس ، لم يعد هناك نصير واحد للبرنامج أو لدعمه المستمر فى وزارة الصحة . وقد تأثر الإشراف الإكلينيكى وتدريب المرضات النفسانيات الجدد من جراء عدم وجود سلطة مركزية . وقد ظلت المواصلات إلى المناطق الريفية مشكلة ، وكذلك كان التنافس على الاعتمادات المالية بين المستشفى وبين العيادات المجتمعية . وبالإضافة إلى ذلك ، فقد تم ترسيخ أوجه القوة فى البرنامج – وهى الدور البنائى للممرضة النفسانية ، والأدوات الفعالة التى يمكن بها ملاقاة الحاجات الصحية العقلية غير المُشبعة ، والقبول فى المجتمعات المحلية ، والتنظيم داخل إطار النظام الصحى القائم . وبرغم المشكلات المستمرة ، فقد بقى لب البرنامج سليما على حاله[٧٥].

إطار ٢-٦ : ابتكارات فى خدمات التأهيل المرتكزة على المجتمع فى الصين

على الرغم من أن الصين قد أقامت خدمات التأهيل فى العيادة الخارجية فى العديد من المدن الكبرى فى أواخر الخمسينات من القرن العشرين ، إلا أن قسما كبيرا من الرعاية الصحية العقلية فى هذا البلد اليوم يعمل وفقا لنموذج طبى ضيق للعلاج النفسى - الدوائى مع خدمات محدودة للعيادات الخارجية وبدون جهود تأهيلية منهجية لإشراك الأسرة والمجتمع فى العملية العلاجية . ومع ذلك ، ففى السنوات الأخيرة ظهر عدد مذهل من التجارب التى استهدفت خدمات التأهيل المجتمعية الارتكاز (community-based) فى كل من المناطق الحضرية والريفية .

وتجمع كثير من التجارب التى أجريت فى المناطق الحضرية بين مجموعة واسعة التنوع من الخدمات ، بما فيها العيادات الخارجية التابعة للمستشفيات المحلية ، وبرامج الرعاية المنزلية ، والتثقيف الأسرى (family education) ، وخدمة الاستشارات ، وورش العمل المغطاة ، ومصانع الخدمة الاجتماعية (welfare factories) التى تعفى من الضرائب إذا كانت نسبة معينة من عمالها من المعاقين . ويرتبط التركيز على التأهيل المهنى بحقيقة أن الحصول على وظيفة فى المجتمع الصينى يعتبر من الشروط اللازمة للوصول إلى الموارد ؛ من الدخل إلى الحصول على المسكن ، والتأمين الصحى ، والمعاشات التقاعدية ، وغيرها من الخدمات الاجتماعية . وفى شنغهاى ، يشارك نحو ٤٠٠٠ مصاب بالفصام فى ١٤١ ورشة عمل تأهيلية ، يتراوح عدد المشاركين فيها من ٨ إلى ٩٠ ويدير ورش العمل إداريون اجتماعيون ، وعمال متقاعدون ، وعاملون صحيون غير متخصصين فى الطب النفسى . ويتم توفير الاعتمادات المالية اللازمة لبدء العمل من قبل إدارات الخدمة الاجتماعية فى حكومة المنطقة الحضرية ، بما فيها راتب مدير الموقع ، كما يتم الاعتراف بالموقع كمؤسسة معفاة من الضرائب . ويعتمد الدخل الذى يحصل عليه المشاركون على القيمة الاقتصادية للمنتجات التى يصنعونها . ويعتمد أغلب العمل على عمليات التجهيز الثانوية والتى يتم الحصول عليها بموجب عقود فرعية من المصانع المحلية . ويتم الجمع بين العلاج المهنى (occupational therapy) وبين العلاج الطبى ، والترفيه ، وبعض أوجه التثقيف النفسى- الاجتماعى . وفى تجربة إكلينيكية محكومة واحدة على الأقل ، ظهر أن هذه الخدمات تحسّن الوظيفة وتقلل من الأعراض والنوبات المرضية الخطيرة فى مرضى الفصام ، مقارنة بأولئك الذين يتلقون العلاج الدوائى المعيارى وحده .

وفى شينيانج (Shenyang) ، وهى رابع أكبر مدينة فى الصين ، ينظم برنامج مجتمعى عملية التمويل المنتظم لخدمات التأهيل من خلال تطوير مشروع رابح للخدمة الاجتماعية يوفر أيضا فرص العمل لمنسوبيه من المرضى العقليين الذين لا يمكنهم الحصول على وظائف أخرى . ويوفر هذا البرنامج تعيين الشخص فى العمل المناسب له ، والتأهيل المهنى ، والتدريب على المهارات الاجتماعية ، والإشراف الطبى عن طريق تطبيق سبل المعالجة البديلة (alternative treatment) من المستشفيات النهارية ، وعيادات المصانع ، والزيارات المنزلية التى تقوم بها الفرق الطبية للمرضى المعرضين للانتكاسات الأكثر خطورة . وبرغم أن التركيز الأكبر للبرنامج منصب على التحكم الاجتماعى للمرضى ، والذى يساهم فى تخفيف العبء الواقع على عائلاتهم ، إلا أنه يبدو أن البرنامج قد حسن أيضا من الفاعلية الاجتماعية للمرضى ، كما أنه حسن بوضوح من سبل تقديم الرعاية الصحية العقلية. وبالمثل ، ففى مدينة نانجينج (Nanjing) ، أظهرت دراسة عن مدى السيطرة على الحالات المرضية (case-control study) تحسن مآل مرضى الفصام الذين شاركوا فى ورش العمل المحمية (sheltered workshops) التابعة للمشروع .

وفى مدينة شاشى (Shashi) التابعة لمقاطعة هوبى (Hubei) ، طوّر زيونج وى (Xiong Wei) وزملاؤه نموذجا للمشورة العائلية يشتمل على لقاءات ذات جدول منتظم مع أفراد العائلات (وهو أمر غير مألوف تماما فى الصين) ، وعلى زيارات منزلية ، واجتماعات كبرى مع المجموعات الأسرية (family groups) ، كما يصدر رسالة إخبارية (newsletter) ، ويقدم مساعدات مستمرة للمرضى وعائلاتهم فيما يتعلق بمعالجة المرض[٧٧]. وتركز اللقاءات الأسرية على المشكلات العملية والشائعة التى يواجهها المرضى وعائلاتهم من الوصمات إلى صعوبات الالتزام بالمقررات العلاجية فيما يتعلق بالزواج والعمل . وتمثل هذه الاجتماعات فرصة لمشاركة الخبرات ، والتنفيس عن مشاعر الإحباط ، ولإيجاد التضامن فيما بين العائلات التى تتعرض للوصم والتهميش فى أماكن أخرى . كما يقدمون أيضا تعريفا بالأدوية وآثارها الجانبية ، وباستراتيجيات التعامل مع المشكلات السلوكية والاجتماعية الشائعة والمتوقعة . وفى تجربة إكلينيكية عشوائية (randomized) بالاستعانة بمقيِّمين غير ملمين بالموضوع (blinded) ، أظهرت المتابعة لمدة ١٨ شهرا وجود فاعلية أفضل ومعدلات أقل لإعادة الإدخال إلى المستشفى (rehospitalization) فى المجموعة المعالجَة مقارنة بالمجموعة الضابطة (controls). وقد كان هذا البرنامج من الفعالية مقارنة بالتكاليف بحيث يمكنه ، إذا تم تطبيقه على مرضى الفصام فى المناطق الحضرية من الصين ، والبالغ عددهم مليونا ونصف المليون ، وعلى عائلاتهم ، توفير عشرات الملايين من الدولارات ، والتى يمكن أن تستخدم عندئذ فى تطوير خدمات الصحة العقلية فى الصين بصورة فعلية .

وفى المناطق الريفية ، حيث يعيش أغلب الصينيين ، أجرى عدد من التجارب المحلية الهامة التى اشتملت شبكات الوصاية. وقد حلت شبكات الوصاية (guardianship networks) ، والتى تتفرد الصين بها ، محل الكوميون (the commune : اللجنة الثورية) ولجان الجيرة (neighborhood committees) التى كانت تميز الحقبة السابقة من النظام الجماعى(*) وتعمل فى الغالب مجموعة مكونة من ثلاثة أفراد – أحد أفراد الأسرة ، وأحد العاملين الصحيين ، وأحد أفراد المجتمع – كفريق لمعالجة الحالة المرضية ، وذلك لتوفير العلاج المطلوب ، وللتدخل نيابة عن المريض عند نشوء المشاكل الاجتماعية ، وللمساعدة فى تكامل الخدمات التى يستفيد منها المريض ، طالما كان ذلك ممكنا . وقد أظهرت دراسات متعددة أن شبكات الوصاية الريفية من هذا النوع يمكن أن تقلل معدلات الإدخال إلى المستشفى ، وتخفيف حدة الأعراض المرضية والضوائق النفسية – الاجتماعية ، كما يمكنها أن تسهم بصورة مفيدة فى تحسين الفاعلية الاجتماعية . وقد ظهر أيضا أن هذه الطريقة قابلة للتطبيق بكلفة معقولة .

ولسوء الحظ ، فمع الضغط الهائل للسعى الحالى نحو الازدهار الاقتصادى فى الصين ، تكتنف صعوبات لا يستهان بها محاولة إنشاء هذه الشبكات التطوعية أو استمرارها فى العمل . ومن القضايا الهامة الأخرى كيفية منع هذه الشبكات من الاعتداء على حقوق المرضى وتقييدها . وبالإضافة إلى ذلك ، ففى المناطق الفقيرة ذات الخدمات الطبية المحدودة وخدمات الصحة العقلية شبه المنعدمة ، تكوّن شبكات الوصاية الريفية ، بالإضافة إلى استخدام مستشفيات نفسية صغيرة على مستوى الإقليم ، والممارسين القرويين للمهن الطبية المساعدة ، وخدمات الرعاية المنزلية ، برنامجا واعدا للرعاية . وبصورة عامة ، فالقضايا الرئيسية هى مدى إمكانية استمرار هذه البرامج وغيرها من البرامج المبتكرة فى العمل خلال حقبة تتميز بالتحولات الاجتماعية – الاقتصادية العارمة ، ومدى إمكانية تعميمها وتطبيقها فى جميع أرجاء هذه الأمة الهائلة الاتساع . وتبقى هذه الأسئلة دون إجابة ، لكن التجارب المبتكرة التى أوردناها هنا تُظهر كيف يمكن للمجتمعات فى البلدان منخفضة الدخل أن تستخدم بنجاح عددا من البرامج التأهيلية كاستجابة منها للمشكلات الهائلة التى تواجهها .

(*) collectivization : مبدأ اشتراكى يقول بسيطرة الدولة على جميع وسائل الإنتاج أو الأنشطة الاقتصادية – المترجم) .

الاستنتاجات

- يمثل المرض العقلى عبئا هائلا فى جميع أنحاء العالم . ويقدر البنك الدولى أن الأمراض العصبية - النفسية تمثل نحو ٦.٨ ٪ من العبء العالمى للمرض (Global Burden of Disease; GBD) ، مقاسا بعدد سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (Disability-adjusted life years; DALYs). وفى البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٤ عاما ، والذين يعيشون فى مناطق "الاقتصاديات النامية من الناحية الديموجرافية " ، تمثل الأمراض العصبية - النفسية ١٢٪ من العبء العالمى للمرض (GBD) ، وعند إضافة "الإصابات الذاتية المتعمدة " ، يمثل الإجمالى ما نسبته ١٥٪ من العبء GBD بالنسبة للنساء ، و١٦.١٪ بالنسبة للرجال .

- تعد الاضطرابات الاكتئابية أكثر الاضطرابات العصبية - النفسية شيوعا ، فهى تمثل الغالبية العظمى من العبء الواقع على المجتمع . ويقدر تقرير البنك الدولى عن التنمية حول العالم لعام ١٩٩٣ ، أن الاكتئاب يأتى فى المرتبة الخامسة بما يمثله من عبء واقع على النساء ، وفى المرتبة السابعة بالنسبة للرجال .

- باعتبار أن أكثر الاضطرابات العصبية - النفسية شيوعا تبدأ خلال مرحلة النضج (adulthood) ، سينتج عن التحول الديموجرافى زيادة حادة فى العبء الكلى الناتج عن مثل هذه الاضطرابات . وعلى سبيل المثال ، فمن المقدر أن العدد الكلى لحالات الفصام فى الدول "النامية" سيزداد من ١٦.٧ ملايين فى عام ١٩٨٥ إلى ٢٤.٤ مليونا بحلول عام ٢٠٠٠ .

- ليس هناك نموذج منفرد لتفسير دور العوامل الاجتماعية ، والبيئية ، والبيولوجية فى تسبيب (etiology) جميع الاضطرابات العقلية . وتقدم لنا نتائج الأبحاث الحالية أدلة قوية على أن جميع الاضطرابات العقلية ناتجة عن أسباب بيولوجية - اجتماعية (biosocial) ، وعلى أن نوعية البيئة الاجتماعية للفرد ترتبط

بصورة وثيقة بخطر الإصابة بالمرض العقلى وباحتمالية إزمان المرض فيما بعد. وتفسر النماذج النوعية كيفية تأثير العوامل الاجتماعية بداية ظهور وإزمان حالات عصبية – نفسية بعينها ، كما تقترح تلك إيجاد استراتيجيات محددة للوقاية وللخدمات الصحية .

– تتباين الخدمات الرسمية للصحة العقلية بصورة هائلة بين الدول المتوسطة الدخل وتلك المحدودة الدخل ، وكذلك باختلاف المناطق الجغرافية . وفى الكثير من المجتمعات ، تكون هذه الخدمات غير كافية بصورة هائلة . ولا تكتفى "مستشفيات المجانين" التقليدية بتقديم علاج لا إنسانى لمرضاها ، لكنها كثيرا ما تلغى حقوق الإنسان الأساسية لأولئك المرضى . ومع وجود استثناءات قليلة ، يكون عدد العاملين المدربين فى مجال الصحة العقلية – كالأطباء النفسيين ، والممرضات النفسانيات ، وغيرهم من مقدمى الرعاية الصحية – أقل بكثير من أن يكفى لملاقاة حتى أبسط الحاجات المجتمعية . وكثيرا ما يكون مقدمو الرعاية الصحية الأولية غير مدربين لدرجة لا يتمكنون معها من التعرف على الاضطرابات العقلية ومعالجتها . وفى كثير من الأحيان ، لا تتوافر حتى الأدوية النفسانية الأساسية .

إطار ٧-٢: الأسرة فى الطب النفسى الهندى

تشير الساعة الآن إلى التاسعة مساء فى مستشفى الأمراض النفسية فى مدينة لوكنو (Lucknow) فى شمالى الهند . نجد المرضى وأفراد عائلاتهم منشغلين فى أحاديث مفعمة بالحيوية ، تتخللها الضحكات على فترات متباعدة . ويقيم أفراد عائلات المرضى مع أقاربهم المحجوزين فى المستشفى . ويملأ أفراد الأسر هؤلاء ، والذين يطلق عليهم اسم " المرافقين " (attendants) ، عنابر المستشفى بمناقشاتهم ، وحديثهم إلى المرضى ، والعاملين ، وإلى أنفسهم .

تشارك الأسرة بصورة حميمة فى الرعاية الصحية العقلية المقدمة للمرضى . وعلى عكس ما يحدث فى أوروبا وأمريكا الشمالية – حيث كثيرا ما ينظر إلى الأسرة كجزء من مشكلة المريض – كثيرا ما تُرى الأسرة الهندية كجزء من الحل . ويتوقع من أفراد الأسرة أن يقدموا العلاج للمريض وأن يتحملوا مسئولية شفائه أو شفائها .

والمشاركة الأسرية ضارية العمق فى جذور المفاهيم الثقافية الهندية التى تقضى بأن يقوم شخص أخر غير المريض باتخاذ القرارات المتعلقة برعايته. وبمجرد أن تقرر الأسرة أن أحد أفرادها بحاجة للعلاج ، يتم اختيار أحد أفراد الأسرة للإشراف على رعايته. ويُحضر هذا المرافق المريض إلى استشارات العيادة الخارجية ، ويتسلم الوصفات الطبية ، ويتأكد من طاعة المريض لأوامر الأطباء. وإذا تم احتجاز المريض فى إحدى مستشفيات رعاية الحالات الحادة ، يتوقع أن يقيم المرافق فى المستشفى طوال فترة علاج المريض .

ونظرا للنقص الموجود فى عدد الممرضات ، يقوم المرافقون بأداء واجبات عملية نادرا ما تتوافر فى المستشفيات النفسية الهندية . فهم يهتمون بنظافة المريض ، ويتأكدوا من أنه لا يفر من المستشفى ، وهم يحضرون المريض إلى جلسات العلاج ، ويتأكدون من تناوله للأدوية الموصوفة له ، كما يحيطون الطبيب المعالج علما بالتغيرات اليومية فى حالة المريض. وإذا كان المرافق امرأة ، فستقوم أيضا بطهى وجبات الطعام للمريض .

ويتم إشراك المرافقين طوال مرحلة المرض التى يمر بها المريض – بداية من الاستشارات إلى الإقامة فى المستشفى ، وانتهاء بمرحلة المتابعة للعلاج – وبذلك يساعدون فى التيقن من مطاوعة المريض (compliance). غير أن مشاركة الأسرة فى رعاية المريض لا تضمن الشفاء ، ففى بعض الحالات ، تصبح هذه المشاركة مصدرا للنزاع. ومع ذلك ، يمكن للمرافقين أن يوفروا للمريض دعما اجتماعيا وعاطفيا ، كما أنهم يمثلون رابطة متواصلة بين المريض والعالم الخارجي. ولأن المريض (أو المريضة) يبقى مرتبطا بجذوره الاجتماعية ، فكثيرا ما يواجه (أو تواجه) صعوبة أقل فى التكيف على الحياة خارج المستشفى بعد مغادرتها[٨١].

– من الممكن حاليا معالجة الكثير من الأمراض العصبية – النفسية بفاعلية. فقد تم التوصل إلى أوجه عديدة للتقدم فى مجالى تطوير الأدوية النفسانية التأثير وسبل العلاج النفسية – الاجتماعية. وعند استخدام الأدوية بصورة ملائمة ، تصبح ذات فعالية فى علاج الكثير من المرضى ؛ لكنها إذا استعملت بطريقة خاطئة ، فستكون غير فعالة وقد تكون لها تأثيرات جانبية خطيرة. وقد ثبتت فعالية العلاجات التى تجمع بين الأدوية الملائمة مع التدخلات المرتكزة على الأسرة أو على المجتمع ، حتى مع الأمراض العقلية الخطيرة والمزمنة .

– هناك إجماع عريض بين الاختصاصيين فى جميع أنحاء العالم على المبادئ الأساسية التى يجب أن يسترشد بها فى تنظيم خدمات الصحة العقلية فى البلدان

منخفضة الدخل . فيجب أن تصبح خدمات الصحة العقلية لا مركزية (بدلا من أن تتركز فى مستشفيات مركزية ضخمة) ، ومتعددة الأوجه (multifaceted) (بتركيزها على أهم المشكلات الصحية العقلية التى تواجه مجتمعات بعينها) ، ومتوافقة مع الثقافة السائدة (بدلا من كونها طبية بحتة) ، ومستدامة (sustainable). ويجب أن تمنح الأولوية المطلقة لتطوير الرعاية الصحية العقلية كجزء من خدمات الرعاية الصحية الأولية . ويجب أن يتم الاعتراف بالوكالات غير الطبية ، ومجموعات الدعم ، ومقدمى الخدمات ، كمصادر هامة ، كما يتوجب بذل الجهد لتحسين فعاليتها . ويجب أن تتوسع برامج الاستخدام المقنن للأدوية لتشمل الأدوية النفسانية التأثير .

– يجب أن تتمتع حقوق الإنسان الخاصة بالمرضى العقليين بالأهمية القصوى فى جميع مستويات السياسة والخدمات ، كما يجب أن تنعكس على التشريعات المتعلقة بالصحة العقلية .

– تم تنفيذ العديد من المشروعات البيانية الناجحة فى أجزاء كثيرة من العالم ، مما يشير إلى أن هذه المبادئ عملية ووثيقة الصلة بتحسين خدمات الصحة العقلية حتى فى أكثر الدول فقرا. وبالإضافة إلى ذلك ، فكثيرا ما تبقى المشروعات البيانية معزولة ، حتى فى حالة نجاحها ، بدلا من تعميمها لتتحول إلى أنظمة متكاملة للرعاية. ويجب الاهتمام بصورة خاصة بتقييم البرامج المبتكرة ، وللتوسع فى تطبيق المبتكرات الناجحة .

– فرضت المعوقات الاقتصادية ، وخصوصا تلك الناتجة عن الجهود القسرية لإعادة هيكلة الاقتصاد ، قيودا شديدة على قدرات الحكومات على إنشاء خدمات جديدة أو التوسع فى تطبيق البرامج الناجحة. وفى إطار العوز ، فمن النادر أن تمنح أولوية عليا لخدمات الصحة العقلية من قبل الحكومة الوطنية أو برامج الإغاثة الدولية. ويجب أن يتم الاعتراف بأهمية تناول المشكلات الشديدة التباين للصحة العقلية والسلوكية والتى تم وصفها فى هذا التقرير ، على أنها ذات أهمية محورية لكل من التنمية البشرية والاقتصادية. ويجب أن تجعل وكالات التنمية الدولية والحكومات المحلية من الاستثمار فى مجالى الصحة والصحة العقلية جزءا من جميع الاستراتيجيات التنموية.

الهوامش

(١) المصدر : World Bank, 1993a.

(٢) المصدر : Eisenberg, 1986b.

(٣) تم استقاء المواد المكتوبة عن الأرجنتين من المقالات المنشورة فى العديد من الصحف الأرجنتينية ، كما اشتقت المواد المكتوبة عن جمهورية الدومينيكان من الأبحاث الإثنوغرافية التى قامت بها آنا أورتيز Ortez، من قسم الأنثروبولوجيا بجامعة هارفارد.

(٤) المصدر : Phillips,1993.

(٥) انظر، على سبيل المثال : Leighton et al., 1963; Beiser et al., 1972. .

(٦) المصدر : Kleinman, 1977

(٧) من أجل مراجعة لهذا العمل، انظر Murphy (1982) and Kleinman (1988)

(٨) المصدر : Kleinman, 1988

(٩) المصدر : World Health Organization, 1993c.

(١٠) المصدر : Kramer, 1989.

(١١) المصدر : World Health Organization, 1993c.

(١٢) المصدر : American Psychiatric Association, 1994.

(١٣) المصدر : Jablensky, 1993.

(١٤) المصدر : Phillips, 1993.

(١٥) المصدر : Eisenberg, 1986b.

(١٦) المصدر : Eisenberg, 1990.

(١٧) المصدر : Dohrenwend et al., 1992. .

(١٨) World Health Organization, 1979; Waxler, 1977.

(١٩) المصدر : Jablensky et al., 1992b.

(٢٠) للحصول على مراجعة للموضوع، انظر : Hopper (1991)

(٢١) المصدر : Harding et al., 1987:479

(٢٢) مرجع سابق، ص ٤٨٣

(٢٣) المصدر :. Waxler, 1977

(٢٤) المصدر : Brown et a1., 1962; Leff et a1., 1985.

(٢٥) المصدر : Warner, 1985.

(٢٦) المصدر : Estroff, 1981, 1989..

(٢٧) المصدر : Sartorius et al., 1993.

(٢٨) المصدر : Fransen, 1990.

(٢٩) المصدر : Gruenberg, 1967..

(٣٠) المصدر : World Health Organization, 1993c.

(٣١) المصدر : Brent et al., 1988.

(٣٢) المصدر : Robins and Regier, 1992.

(٣٣) المصدر: Almeido-Filho, 1993..

(٣٤) المصدر : Rice et al., 1992..

(٣٥) المصدر : Kleinman and Good, 1985. .

(٣٦) المصدر : von Korff et al., 1990; Go1dberg and Huxley, 1992.

(٣٧) المصدر : Eisenberg, 1992.

(٣٨) المصدر : Wells et al., 1989. .

(٣٩) المصدر : Kupfer et al., 1992.

(٤٠) المصدر : Brown, 1993.

(٤١) المصدر : Lin et al., 1969; Yeh et a1., 1987

(٤٢) المصدر : Cross-National Collaborative Group, 1992.

(٤٣) المصدر : Kupfer et al., 1992.

(٤٤) المصدر : Goldberg and Huxley, 1992. 45.

(٤٥) المصدر : Almeida-Filho, 1993.

(٤٦) المصدر : Kleinman and Good, 1985.

(٤٧) المصدر : Compton et al., 1991.

(٤٨) المصدر : Weiss, 1985.

(٤٩) المصدر : Panicker et al., n.d.

(٥٠) المصدر : Carr and Vitaliano, 1985.

(٥١) المصدر : من Desjarlais, 1992.

(٥٢) المصدر : انظر Kleinman, 1980, 1988.

(٥٣) المصدر : Kleinman, 1988; Csordas and Kleinman, 1990.

(٥٤) المصدر : انظر ، على سبيل المثال : Kleinman and Song, 1979; Kleinman and Gale, 1982; Ji1ek, 1974; Ness, 1980; Finkler, 1985; and Desjarlais, 1992.

(٥٥) المصدر : Jenkins, 1993.

(٥٦) المصدر : Phillips, 1993.

(٥٧) المصدر : من Pedersen, 1993.

(٥٨) المصدر : مذكورة في Kilonzo, 1993.

(٥٩) المصدر : Kilonzo, 1993.

(٦٠) المصدر : Bibeau and Corin, 1993.

(٦١) المصدر : Iacoponi et al., 1991.

(٦٢) المصدر : Government of India, 1984.

(٦٣) المصدر : Tan and Lipton, 1988.

(٦٤) المصدر : Wig, 1993؛ انظر أيضا Franke and Chasin, 1992.

(٦٥) المصدر : Kilonzo, 1993; Dorwart, 1993.

(٦٦) المصـــدر : Clara Rabinowitz, Deputy Medical Director, American Psychiatric Association, personal communication, 1994.

(٦٧) المصدر : Center for Mental Health Services, 1992.

(٦٨) المصدر : Christian, 1990.

(٦٩) المصدر : United Nations, 1991b.

(٧٠) المصدر : Bibeau and Corin, 1993.

(٧١) المصدر : World Health Organization, 1984:33.

(٧٢) المصدر : Sartorius and Harding, 1983; see also Jablensky, 1993; Kilonzo, 1993.

(٧٣) المصدر : Leighton et al., 1963.

(٧٤) المصدر : معلومات شخصية للمؤلفين، ١٩٩٣ .

(٧٥) المصـدر : تم استقاء المعلومات الواردة بهذا الإطار من Guinness (1992)، وكذلك من المواد الأخرى المقدمة من الدكتور جينيس Dr. Guinness.

(٧٦) المصدر : Phillips et al., 1994.

(٧٧) المصدر : Xiong Wei et al., in press.

(٧٨) المصدر : انظر Phillips et al., in press.

(٧٩) المصدر : Nunley, 1993.

(٨٠) المصدر : Xiong Wei et al., in press.

(٨١) المصدر : مقتبسة من Nunley, 1993.

الفصل الثالث

الانتحار (Suicide)

لا يزال الانتحار يمثل مشكلة حادة فى جميع دول العالم ، وخصوصا بين الشباب . وقد أقدم أكثر من ١.٤ مليون إنسان على الانتحار فى عام ١٩٩٠ ، مما يمثل نحو ١.٦٪ من مجموع الوفيات حول العالم فى نفس السنة[١]. وقد تبلغ معدلات محاولة الانتحار (attempted suicide) نحو عشرة أضعاف إلى عشرين ضعف هذا الرقم[٢]. ويعد الانتحار من بين أكبر عشر أسباب للوفيات فى أغلب الدول التى تصدر تقارير أسباب الوفيات، كما يعد واحدا من بين أكبر سببين أو ثلاثة أسباب للوفيات بين الشباب .

وينتج إلحاق الأذى المتعمد بالنفس فى كثير من الأحيان عن مزيج معقد من الأعباء غير المحتملة ، وعدم القدرة على التكيف ، وانعدام القيم الاجتماعية (social an- omie). وتتعلق الأفعال الانتحارية بعدد كبير من العوامل الاجتماعية ، والسياسية ، والنفسية ، من مشاعر اليأس وعدم الإحساس بالأهمية المتعلقة بالبطالة فى الدول الغربية إلى الأنماط المقدسة ثقافيا من الإبادة الذاتية (self-annihilation) فى الكثير من المجتمعات الآسيوية. وعلى الرغم من حقيقة أن الأفكار المتعلقة بالانتحار ذات جذور ضاربة فى عمق التقاليد الثقافية ، يمكن لصناع السياسات الاجتماعية والعاملين فى مجال الصحة العقلية أن يتخذوا عددا من الخطوات المهمة لمنع حدوث كثير من حالات الانتحار .

الاتجاهات العالمية لمعدلات الانتحار

باعتبار الانتحار حدث ينطوى على الكثير من الوصم ، كما يصيب الناجين منه بالاضطراب العميق ، إضافة إلى أنه مخالف للقانون فى أماكن كثيرة ، فقد اكتسبت

الإحصائيات المتعلقة به سمعة سيئة لكونها غير موثوق بها . ولا تقدم سوى ٣٩ دولة من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة ، وعددها ١٦٦، إحصائيات عن الوفيات الناجمة عن الانتحار ، لكنه حتى بالنسبة للدول التى تقدم هذه البيانات ، قد تقلل الإحصائيات الرسمية من المعدلات الفعلية بنسبة ٣٠ إلى ٢٠٠ في المائة[٣].

وفى كثير من الأحيان ، تكون العينات المختارة أكثر دقة من محاولات أغلب الدول لتقرير المعدلات الموجودة فى كامل القطر . وبالفعل ، فيمكن للدراسات الحقلية التى تفحص مجموعة سكانية معينة بدقة وعناية أن تتعرف على عدد أكبر من الحالات ، وأن تقدر معدلات أعلى للحدوث ، وأن تقلل أوجه التحيز التى تؤثر بصورة نوعية على الإحصائيات الرسمية . وتدعم هذه الفكرة الدراسات الحقلية الوبائية التى أجريت فى كل من المناطق الريفية والحضرية من الهند (انظر جدول ٣-١). وفى دراسة تناولت حالات الانتحار التى وقعت عام ١٩٧٨ فى مجموعة من القرى الواقعة على بعد ٥٠ كيلو مترا إلى الغرب من كلكتا ، تم التعرف على ٥٨ حالة للانتحار ، مما يشير لأن معدل الانتحار يبلغ ٤٣,٤ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان ، مع إقدام ثلاث من النساء على قتل أنفسهن لكل رجل يقدم على الانتحار[٤]. وفى دراسة حضرية (urban study) عن الانتحار فى مدينة جهانسى (Jhansi) ، بولاية أوتار براديش ، والتى شملت السنتين ١٩٨٦-١٩٨٧ ، تم التعرف على ١٨٧ حالة للانتحار ، مما يشير إلى معدل سنوى للانتحار قدره ٢٩ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان . ومن بين تلك الحالات ، كانت هناك ١٠٣ امرأة[٥].

جدول ٣-١ : مقارنة بين معدلات الانتحار للشباب ولكبار السن فى أقطار مختارة من العالم

البلد	سنة أحدث البيانات	معدل الحدوث لكل ١٠٠,٠٠٠ (عمر ١٥-٢٤)	معدل الحدوث لكل ١٠٠,٠٠٠ (عمر ٦٥-٧٤)	النسبة الشباب/الشيوخ
سريلانكا	١٩٨٦	٦٢,٣	٤٨,٦	١,٣
كندا	١٩٩٠	١٥,٠	١٢,٦	١,٢
تايلاند	١٩٨٧	٩,٨	٨,٤	١,٢
أستراليا	١٩٨٨	١٦,	١٦,٧	١,٠
المملكة المتحدة	١٩٩١	٧,٠	٧,٩	٠,٩
أيرلنده	١٩٩٠	٩,٣	١٢,١	٠,٨
الولايات المتحدة	١٩٨٩	١٣,٣	١٨,٠	٠,٧
شيلى	١٩٨٩	٦,٧	٩,٦	٠,٧
كوستا ريكا	١٩٨٩	٦,١	٩,٦	٠,٦
فنزويلا	١٩٨٩	٦,٩	١١,٣	٠,٦
المكسيك	١٩٩٠	٣,١	٥,١	٠,٦
كوريا الجنوبية	١٩٨٧	٨,١	١٥,٩	٠,٥
الاتحاد السوفيتى	١٩٩٠	١٣,٩	٣٠,٤	٠,٥
الصين	١٩٨٩	٢١,٣	٤٧,٨	٠,٤
ألمانيا الاتحادية	١٩٩٠	٩,٩	٢٣,٧	٠,٤
أوروجواى	١٩٩٠	٨,٢	٢٢,٧	٠,٤
سنغافورة	١٩٩٠	١٠,٦	٣١,٥	٠,٣
الأرجنتين	١٩٨٩	٥,٢	١٩,٢	٠,٣
اليابان	١٩٩١	٧,٠	٢٧,٦	٠,٣
إسرائيل	١٩٨٩	٤,٩	٢٠,٠	٠,٢
بورتو ريكو	١٩٩٠	٦,١	٢٦,١	٠,٢
المجر	١٩٩١	١٢,٦	٦١,٥	٠,٢
هونج كونج	١٩٨٩	٦,٠	٣٣,٦	٠,٢

- المصدر : قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية ، إحصائيات غير منشورة فيما عدا ما يخص الصين .

- المصدر بالنسبة للصين : WHO,1991a.

- يناقش هذا الفصل المعدلات الكلية بالنسبة لسريلانكا لعام ١٩٩١ (٤٧ لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان) ، ولا تتوافر بيانات عن الفروق بين الجنسين .

جدول ٣-٢ : معدلات الانتحار والنسبة بين الجنسين فى أقطار مختارة من العالم

البلد	سنة أحدث البيانات	معدل الانتحار لكل ١٠٠,٠٠٠			نسبة الذكور إلى الإناث
		الإجمالى	الذكور	الإناث	
المجر	١٩٩١	٣٨,٦	٥٨,٠	٢٠,٧	٢,٨
سريلانكا	١٩٨٦	٣٣,٢	٤٦,٩	١٨,٩	٢,٥
الاتحاد السوفيتى	١٩٩٠	٢١,١	٣٤,٤	٩,١	٣,٨
الصين	١٩٨٩	١٧,١	١٤,٧	١٩,٦	٠,٨
اليابان	١٩٩١	١٦,١	٢٠,٦	١١,٨	١,٧
ألمانيا الاتحادية	١٩٩٠	١٥,٨	٢٢,٤	٩,٦	٢,٣
أستراليا	١٩٨٨	١٣,٣	٢١,٠	٥,٦	٣,٨
سنغافورة	١٩٩٠	١٣,١	١٤,٧	١١,٥	١,٣
كندا	١٩٩٠	١٢,٧	٢٠,٤	٥,٢	٣,٩
الولايات المتحدة	١٩٨٩	١٢,٢	١٩,٩	٤,٨	٤,١
هونج كونج	١٩٨٩	١٠,٥	١١,٨	٩,١	١,٣
بورتو ريكو	١٩٩٠	١٠,٥	١٩,٤	٢,١	٩,٢
أورجواى	١٩٩٠	١٠,٣	١٦,٦	٤,٢	٤,٠
أيرلنده	١٩٩٠	٩,٥	١٤,٤	٤,٧	٣,١
الهند	١٩٨٨	٨,١	٩,١	٦,٩	١,٣
كوريا الجنوبية	١٩٨٧	٧,٩	١١,٥	٤,٤	٢,٦
المملكة المتحدة	١٩٩١	٧,٩	١٢,٤	٣,٦	٣,٤
إسرائيل	١٩٨٩	٧,٨	١١,٠	٤,٦	٢,٤
الأرجنتين	١٩٨٩	٧,١	١٠,٥	٣,٨	٢,٨
كوستا ريكا	١٩٨٩	٥,٨	٩,٣	٢,١	٤,٤
تايلاند	١٩٨٥	٥,٨	٧,١	٤,٥	١,٦
شيلى	١٩٨٩	٥,٦	٩,٨	١,٥	٦,٥
فنزويلا	١٩٨٩	٤,٨	٧,٨	١,٨	٤,٣
المكسيك	١٩٩٠	٢,٣	٣,٩	٠,٧	٥,٦

المصدر : قسم الصحة العقلية لمنظمة الصحة العالمية ، إحصائيات غير منشورة ، باستثناء الهند والصين .

** المصدر بالنسبة للهند :المكتب الوطنى للسجلات الإجرامية ، حكومة الهند ، ١٩٩٢ .

*** المصدر بالنسبة للصين : WHO,1991a.

وعلى الرغم من أن الدراسات المقارنة المبنية على المعدلات المبلغ عنها تقدم قيمة تقديرية مفيدة ، إلا أنه فى بعض الحالات تكون الإحصائيات مضللة بصورة واضحة . وعلى سبيل المثال ، ففى ولاية كيرالا (Kerala) التى تلقت قدرا مبالغا فيه من الإطراء على برامجها النموذجية لمحو الأمية وللخدمات الصحية ، توجد أعلى معدلات الانتحار فى الهند قاطبة (٢٦.٣ حالة لكل ١٠٠.٠٠٠ من السكان عام ١٩٩٠)، بينما فى ولاية بيهار ، والتى اشتهرت بالفقر ، والفساد ، وبعدم كفاية الخدمات العامة ، تم تقرير معدلات منخفضة (١.٧) تعد ثانى أقل المعدلات فى الهند بعد ولايتى جامو وكشمير (٠.٩). ومن المحتمل أن تكشف هذه الاختلافات معلومات عن قدرة المؤسسات الصحية المحلية على تجميع هذه البيانات ، أكثر من تلك التى تكشفها عن الفروق الفعلية فى معدلات الانتحار .

جدول ٣-٣ : حالات الانتحار فى الصين حسب المناطق الحضرية / الريفية وحسب المجموعة العمرية فى عام ١٩٨٩ (تعتمد المعدلات لكل ١٠٠.٠٠٠ من السكان على دراسة عينات مختارة)

منطقة ريفية/حضرية	الجنس	جميع الأعمال	٥-١٤	١٥-٢٤	٢٥-٣٤	٣٥-٤٤	٤٥-٥٤	٥٥-٦٤	٦٥-٧٤	٧٥ وأكثر
الإجمالى	الجنسان	١٧.١	٠.٦	٢١.٣	١٦.٧	١٧.٣	١٧.٤	٢٦.٥	٤٧.٨	٧٨.٥
	الذكور (M)	٨.٣	٠.٣	٦.٥	٧.٧	٩.١	٨.٧	١٣.٤	٣٠.٢	٥٩.٧
	الإناث (F)		١٠.٥	٠.٦	١٢.٥	١٠.٢	٩.٩	٩.٨	١٤.٢	٢٦.٧
٤٧.٤										
	نسبة F/M	٠.٨	٠.٥	٠.٥	٠.٨	٠.٩	٠.٩	٠.٩	١.١	١.٣
م. حضرية	الجنسان	٩.٤	٠.٤	٩.٤	٨.٩	٩.٥	٩.٢	١٣.٨	٢٨.٤	٥٢.٣
	الذكور		٨.٣	٠.٣	٦.٥	٧.٧	٩.١	٨.٧	١٣.٤	٣٠.٢
٥٩.٧										
	الإناث		١٠.٥	٠.٦	١٢.٥	١٠.٢	٩.٩	٩.٨	١٤.٢	٢٦.٧
٤٧.٤										
	نسبة F/M	٠.٨	٠.٥	٠.٥	٠.٨	٠.٩	٠.٩	٠.٩	١.١	١.٣
م .ريفية	الجنسان		٢٧.٢	٠.٧	٣٥.٢	٢٩.٨	٢٨.٨	٣٠.٤	٤٦.٩	٧٥.٢
١١٤.٠										
	الذكور		٢٣.١	٠.٦	٢٣.١	٢٢.٠	٢٤.٦	٣٠.٢	٥٠.٢	٨٥.٤
١٤١.٢										
	الإناث		٣١.٥	٠.٩	٤٧.٧	٣٧.١	٣٣.٢	٣٠.٧	٤٣.٥	٦٦.٢
٩٧.٥										
	نسبة F/M	٠.٧	٠.٧	٠.٥	٠.٦	٠.٧	١.٠	١.٢	١.٣	١.٤

المصدر :.WHO,1991 a

وبرغم محدودية الدقة التى تتمتع بها الإحصائيات الوطنية والإقليمية ، تشير التقديرات لوجود العديد من الاتجاهات العالمية (global trends)، ولوجود استثناءات جديرة بالذكر لهذه الاتجاهات . بادئ ذى بدء ، فإن الاعتقاد الشائع بأن الانتحار يمثل مشكلة فى الدول الصناعية وحدها ، لا أساس له من الصحة . وتوجد أعلى المعدلات العالمية للانتحار فى الوقت الحالى فى سريلانكا . وتتسبب كل من المعدلات المرتفعة للانتحار وزيادة نسبة النساء إلى الرجال ممن يقدمون عليه فى الصين ، فى جعل هذا البلد حالة فريدة بين الدول . وقد ارتفعت المعدلات المبلغ عنها للانتحار فى الهند من ٦.٣ فى عام ١٩٧٨ إلى ٨.٩ (لكل ١٠٠.٠٠٠) فى عام ١٩٩٠، وهى زيادة قدرها ٤١.٣٪ ؛ وخلال عقد الثمانينات ، ارتفعت معدلات الانتحار بنسبة مركبة للزيادة قدرها ٤.١٪ سنويا .

وفى جميع أنحاء العالم ، تزيد معدلات الانتحار المبلغ عنها فى الذكور بصورة مستمرة عن مثيلاتها فى الإناث، وذلك بصرف النظر عن المجموعة العمرية . والاستثناء الوحيد لهذه القاعدة هى الصين ، على الرغم من أن نسبة الذكور إلى الإناث ممن يقدمون على الانتحار فى أغلب المجتمعات الأسيوية تقل عن مثيلاتها فى المجتمعات الأخرى (انظر جدول ٣-٢)[٦]. وفى الصين ، تزيد معدلات الانتحار بين النساء عنها فى الرجال منذ سن الشباب وحتى منتصف العمر (انظر جدول ٣-٣) ، مع انخفاض نسبة معدلات الانتحار فى الذكور إلى مثيلاتها فى الإناث إلى قيمة ٠.٥ فى المجموعة العمرية من ١٥-٢٤ عاما. وتستند هذه الإحصائيات لعام ١٩٨٩ إلى دراسة عينة من السكان حجمها ١١٨.٨ ملايين نسمة ، أى نحو ١٠٪ من مجموع السكان فى الصين .

كانت المعدلات الكلية للانتحار فى المناطق الريفية أكثر بنحو ثلاثة أضعاف عن مثيلاتها فى المناطق الحضرية ، لكن النسب بين الجنسين (gender ratios) كانت متساوية تقريبا. وتشير هذه البيانات ، والتى يندر أن تحتوى عليها التقارير الرسمية ، إلى الوضع الاجتماعى المتدنى نسبيا للنساء ، وإلى المعوقات الشديدة الإحباط للفرص الحياتية المتوافرة لهن ، وإلى العنف الذى يتعرضن له . ويعد الانتحار ، والتهديد بالانتحار ، واحدا من المخلات (levers) التقليدية القليلة للسطوة المنزلية ، ومن صور الاحتجاج التى تتوفر لدى النساء الصينيات .

وبرغم أنه كان من المعتقد فى السابق أن الانتحار مشكلة تزيد حدتها وسط المجتمعات الحضرية الصناعية ، إلا إن معدلات الانتحار لا تبدو مرتبطة بصورة مباشرة بالتطور الاقتصادى أو التقنى . وتتباين تلك المعدلات بصورة كبيرة بين الدول الفقيرة وتلك الغنية (انظر جدول ٣-٢) ، مما يعكس كلا من الاختلافات الثقافية الفعلية ، وأوجه التباين فى الدافعية (motivation) وطرق تجميع البيانات .وبهذا ، فلا يرتبط التمدن بصورة مباشرة بالانتحار بأية طريقة واضحة وبسيطة ؛ فلا تتميز المناطق الحضرية بالضرورة بمعدلات أعلى للانتحار من المناطق الريفية داخل القطر نفسه . وفى الصين ، على سبيل المثال ، تزيد معدلات الانتحار فى المناطق الريفية عنها فى تلك الحضرية (انظر جدول ٣-٣) .

وعلى الرغم من أن الفقر والمرتبة الاجتماعية يرتبطان بمسببات مهمة للضغط (stressors) ، فإنها ليست متعلقة بالانتحار بالضرورة . وفى الولايات المتحدة ، تقل معدلات الانتحار فى بعض الأقليات السكانية عنها فى مجمل السكان ، بينما تزيد تلك المعدلات فى بعض الأقليات الأخرى . وتقل معدلات الانتحار فى الأمريكيين الذكور من أصل أفريقى (زنوج أمريكا) (١٢,٥ لكل ١٠٠.٠٠٠) بصورة كبيرة عن معدلاته فى أقرانهم من القوقازيين (البيض) (١٩,٦) ، كما أن نسبة معدلات الانتحار فى الزنجيات (٢,٤) تقل كثيرا عن مثيلاتها فى البيضاوات (٤,٨) ؛ إضافة إلى أن القيم المطلقة تقل بدورها كثيرا فى السود عنها فى البيض . وتبلغ معدلات الانتحار فى الهنود الأمريكيين (الهنود الحمر) معدلات مرتفعة نمطيا ، على الرغم من وجود اختلافات مؤثرة تفرق بين المجموعات القبلية للهنود الحمر . وفى ولاية نيو مكسيكو ، تبقى معدلات الانتحار بين أفراد قبيلة الأباتشى (Apache) أعلى المعدلات المسجلة ، لكنها فى انخفاض مستمر . وقد كانت معدلات الانتحار عام ١٩٨٦ لكل ١٠٠.٠٠٠ من أفراد القبائل الهندية، ٣٦,٥ بالنسبة لقبيلة الأباتشى ، و١٥,٨ لقبيلة النافاجو (Navago) ، و٢٣,٢ لقبيلة البوبيلو (Pueblo). وقد ناقش العديد من الباحثين العلاقة بين إدمان الكحوليات وبين الوفيات الناجمة عن الانتحار أو غيره من الأساليب العنيفة بين أفراد العديد من الجماعات الهندية فى أمريكا الشمالية[٧].

ويتناقض التوزيع العمرى النمطى للمنتحرين ، والذى يوصف عادة بكونه يبلغ أقصى مداه بين كبار السن ، فى دول مثل تايلاند ، وكوستا ريكا ، وسريلانكا ، إضافة إلى دول مثل كندا ، وبين مجموعات الأمريكيين السود فى الولايات المتحدة . ويمكن أن تساعد التغيرات الحادثة فى بنية المجتمعات التقليدية ، بما فيها انحسار أنظمة الشراكة الأسرية ، فى تفسير مثل هذا النمط فى بعض البلدان ، لكن الافتقار إلى الموجودات الثابتة ينم على أن الأمر أكثر تعقيدا من هذا (على سبيل المثال ، برغم أن معدلات الانتحار لكبار السن منخفضة فى كندا ، إلا أن اليابان ، وسنغافورة ، وهونج كونج – وهى جميعها مجتمعات ذات تقاليد قوية للاهتمام بالمعمرين (gerontocentric) تتسم بمعدلات مرتفعة لوفيات معمريها).

وقد أصبحت المعدلات المرتفعة للانتحار بين الشباب مصدرا لقلق متزايد فى العديد من البلدان (انظر جدول ٣–١). وقد تميزت السنوات من ١٩٦٠ إلى ١٩٨٩ بحدوث زيادة قدرها ١٦٠٪ فى معدلات انتحار الشباب فى الولايات المتحدة . وقد وجد مسح (survey) حديث ، أن ٦٠٪ من المراهقين الذين شملهم البحث فى الولايات المتحدة يعرفون مراهقا آخر حاول الانتحار ، كما أقدم ٦٪ منهم على محاولة الانتحار بأنفسهم[٨]. وتترافق المعدلات المرتفعة للانتحار مع تزايد فى توافر الأسلحة النارية اليدوية ، ومع معدلات مرتفعة للاكتئاب ولإدمان الكحول والمخدرات[٩]. وفيما يتعلق بالاكتئاب ، أظهرت دراسية طولية (longitudinal) على المراهقين فى الولايات المتحدة أن هناك علاقة بين التفكير بالانتحار (suicidal ideation) وبين الإصابة السابقة بالاكتئاب[١٠]. أما بالنسبة للأسلحة النارية ، فقد ازدادت حالات الانتحار باستخدام الأسلحة النارية بين عامى ١٩٨٤ و١٩٨٨بنسبة ٣١٪ بين الذكور البيض ، بينما تضاعفت تلك النسبة بين الذكور السود الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥و١٩ عاما[١١].

وعلى الرغم من أن هونج كونج لم تشهد معدلات مرتفعة للانتحار خلال الثمانينات ، إلا أن الأعوام العديدة الماضية أفرزت زيادة هائلة فى حالات الانتحار بين الطلاب : فخلال العام الدراسى ١٩٨٩–١٩٩٠ ، كانت هناك ٢٦ محاولة للانتحار وحالة وفاة واحدة ؛ وفى العام التالى ، كانت هناك ٣٥ محاولة للانتحار وثلاث وفيات ؛ وفى الشهور

الخمسة الأولى من عام ١٩٩٣ ، نشرت جريدة Morning Post الصادرة فى جنوب الصين تقريرا عن وقوع ٥٥ محاولة للانتحار و١٥ حالة وفاة . وقد كان للطريقة المفضلة لانتحار هؤلاء ، وهى القفز من أبنية شاهقة الارتفاع ، معدلات عالية للنجاح[١٥].

وفى ميكرونيزيا(*) ، وبولينيزيا(**) ، وميلانيزيا(***) ، بلغت معدلات الانتحار حدا شبه وبائى بين المراهقين الذكور . ويعد الانتحار السبب الرئيسى لوفاة أولئك الرجال ، مع معدلات متدنية بصورة كبيرة للانتحار بين النساء المراهقات (انظر إطار ٣-١). وفى جزيرة تورك بمكرونيزيا ، حيث توجد أعلى معدلات الانتحار ، بلغت المعدلات التراكمية للانتحار ، والمستندة على بيانات الأعوام من ١٩٧٨ إلى ١٩٨٧ عن الذكور الذين تبلغ أعمارهم من ١٥-٢٤ عاما من سكان تلك الجزيرة ٢٠٧ لكل ١٠٠,٠٠٠ . وقد كانت المعدلات المقارنة للذكور البيض من نفس المجموعة العمرية فى الولايات المتحدة لعام ١٩٨٧تبلغ ٢٢,٧ لكل ١٠٠,٠٠٠ . ويجب أن تجمع الاستجابة الفعالة لهذا الموقف الحرج بين الخدمات الإكلينيكية ، والتثقيف داخل المجتمع ، وبرامج الوقاية من الانتحار التى تستهدف الشباب وتحارب تقبّل هذه الظاهرة كسمة راسخة للحياة فى مكرونيزيا .

وقد بدأت الأوبئة الصغرى (mini-epidemic) ، أو حالات الانتحار الجماعى ، تستقطب الانتباه بدورها فى الأعوام الأخيرة ، وكثيرا ما تتسم بانتحار أحد المراهقين ، والضجة الإعلامية المصاحبة له ، أو بفيلم سينمائى يحفز الآخرين على التصرف بطرق مماثلة . وفى حين تم تقرير حدوث هذه الحوادث التى يطلق عليها حالات الانتحار التقليدى (imitative suicides) بين الشباب فى الولايات المتحدة وإنجلترا ، وبين المرضى الداخليين فى فنلندا ، وبين أفراد عموم السكان فى مقاطعة بادن - فورتمبورج بألمانيا ، يبلغ تأثير قصص الانتحار التى تشجع على الانتحار أقصاه بين المراهقين[٢٠]. ويمكن للتأثيرات الثقافية أن تُنتج أنماطا متباينة بصورة ملحوظة من حالات الانتحار الجماعى (cluster suicides). وفى الهند ، على سبيل المثال ، تؤدى

(*) (Micronesia : مجموعة جزر صغيرة واقعة شرقى الفلبين) .
(**) (Polynesia : مجموعة من جزر المحيط الهادى ، وتمتد من جزر هاواى إلى نيوزيلندا جنوبا)
(***) (Melanesia : مجموعة من جزر جنوب المحيط الهادى الواقعة للشمال الشرقى من أستراليا)

وفاة المشاهير ، مثل رئيس وزراء ولاية تاميل نادو ، السيد م.ج. راماشاندران ، والذى توفى لأسباب طبيعية فى عام ١٩٨٧ ، واغتيال رئيس الوزراء راجيف غاندى فى عام ١٩٩١ ، إلى إشعال سلسلة من حالات الانتحار بين أتباعهم. وقد تسببت حالات الانتحار التقليدى فى أن وجه مسئولو الصحة العامة تحذيراتهم من التغطية الإعلامية المثيرة لمثل هذه الحالات[٢١].

محدّدات الانتحـــار

هناك محددات رئيسية متعددة للانتحار ، والتى ترتبط نمطيا بالمرضيات النفسية (psychopathology) ، أو بالقوى الاجتماعية المحيطة .

وتلعب المرضيات النفسية دورا مهما فى العديد من حالات الانتحار . وتشير الدراسات الإكلينيكية إلى أن ما يزيد على ٩٠٪ من المنتحرين قد تم تشخيصهم للإصابة بأحد الاضطرابات النفسية ، أو أنه عثر استعاديا (retrospectively) على أنهم يلاقون معايير الإصابة بأحد هذه الاضطرابات – والذى عادة ما يكون إدمان الكحول أو المخدرات ، أو الاكتئاب ، أو الذهان . ويزيد خطر الإقدام على الانتحار بستين إلى ١٢٠ ضعفا بين مدمنى الكحول عنه فى عموم السكان[٢٢]. وقد كشفت مراجعة لسجلات جميع ضحايا الانتحار فى فنلندا على مدار عام كامل ، أن ٩٣٪ منهم يمكن أن يتم تشخيصهم للإصابة بأحد الأمراض النفسية ؛ والتى كان الاكتئاب وإدمان الكحول أكثرها شيوعا على الإطلاق[٢٣]. وقد كان تعاطى (إدمان) المخدرات والكحول (substance abuse) من العوامل المهمة فى الزيادة التى بلغت نحو ثلاثة أضعاف فى معدلات الانتحار بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن الثلاثين فى الولايات المتحدة منذ عقد الخمسينات[٢٤]. وفى دراسة شملت جميع حالات التشريح بعد الوفاة وجميع تقارير علم السموم للمنتحرين الذين تقل أعمارهم عن الحادية والستين فى ولاية نيويورك لعام ١٩٨٥ ، وجد أن واحدا من خمسة من المنتحرين قد تعاطى الكوكايين (cocaine) خلال الأيام القليلة السابقة لوفاته[٢٥].

إطار ٣-١ : الانتحار في جنوب الباسيفيكي

تم تقرير حدوث وبائين للانتحار مؤخرا بين سكان جزر جنوب الباسيفيكي (المحيط الهادى) – أحدهما بين المراهقين الذكور في جزيرة تورك بمكرونيزيا ، والآخر بين السيدات في عمر الإنجاب من سكان جزيرة جينج (Gainj) بغينيا الجديدة وقد كانت هناك زيادة مقدارها ثمانية أضعاف في معدلات انتحار الذكور في مكرونيزيا خلال الفترة ما بين عامى ١٩٦٠ و١٩٨٠[١٣] ، والتى بلغت أقصى مدى لها بين سكان جزيرة تورك من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة ، والذين بلغ متوسط معدلات الانتحار فيهم ٢٠٠ حالة لكل ١٠٠.٠٠٠ في الفترة من ١٩٧٤ إلى ١٩٨٣ [١٤]. وقد بلغت معدلات الانتحار الوسطية بين سكان جزيرة جينج بغينيا الجديدة من النساء اللاتى تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و٤٩ سنة مستويات مذهلة وصلت إلى ١٢٠٠ حالة انتحار لكل ١٠٠.٠٠٠ ، مما يمثل نحو ٥٧٪ من جميع وفيات النساء في تلك المجموعة العمرية[١٥]. وتشير البيانات الواردة من مناطق أخرى في جنوب الباسيفيكي إلى أن هاتين المنطقتين تتقدمان توجها ظاهرا لارتفاع معدلات الانتحار في جنوب الباسيفيكي .

وفى الحين الذى تحاول فيه التفسيرات النفسانية الغربية للانتحار أن تضعه ضمن إطار محدد (contextualize) كأحد مضاعفات المرض العقلى أو الأمراض التى تصيب الشخصية (char-acter pathology)، تقترح التحليلات الإثنوغرافية (ethnographic : المتعلقة بالأنثروبولوجيا الوصفية) أن الانتحار ، في جنوب الباسيفيكي ، يمثل استجابة نمطية لنزاع اجتماعى يتعذر الإفلات منه ، في وجود سبل تقليدية محدودة لإنهائه . وتزداد حدة كل من احتمالية حدوث النزاع والصعوبات التى تكتنف إنهائه ، بفعل التحولات الاجتماعية المصاحبة لتحويل الاقتصاديات والأساليب الحياتية إلى النظام الغربى في تلك المناطق .

وعلى سبيل المثال ، تصوغ النماذج التفسيرية المحلية الفعل الذى يكون متهورا في كثير من الأحيان ، والذى ينتهى بالانتحار المكتمل لمراهق مكرونيزى ، كفعل يسعى لاستجلاب الدعم والرعاية [١٦]. ومن الواضح أنه قد تم نبذ هذا التعميم ، في وجود خلفية ظهور اقتصاد الأجور (wage economy) وإزالة المنتديات التقليدية و تجمعات الرجال هناك ، مما يشجع على وجود أنماط من النزاع على السلطة داخل الأسرة بدون توفير مخرج ملائم للتلطيف من حدتها . وفى وجود قنوات شرعية محدودة للتعبير عن سخطهم أو غضبهم تجاه بنى جلدتهم من الكبار ، يصبح المراهقون -amwunum wun – والتى تعنى حدوث إساءة للمراهق من خلال الانسحاب الاجتماعى وتحقير الذات . ويُرى الانتحار على أنه amwunumwun في أكثر صوره تطرفا ، مما يشير لوجود كل من

القنوط فى سياق علاقة متوترة ، والرغبة فى تقويمه . وبهذا يتم تفسير فعل الانتحار محليا ليس فقط على أنه فعل غاضب وانتقامى ، بل واسترضائى (conciliatory) أيضا[١٧].

وفى جزيرة ساموا (Samoa) ، يتم كبت التعبير المباشر عن استياء المراهق من أحد الكبار بصورة مماثلة ، فيتم التعبيرعنه بصورة غير مباشرة بأن يصبح المراهق musu، بمعنى أن يصاب بالانطواء الاجتماعى . وبالمثل فإن الانتحار فى ساموا يفهم على أنه حل غير مباشر لنزاع اجتماعى غير محتمل . وبالإضافة إلى ذلك ، ففى جزيرة تونجا (Tonga) المجاورة ، حيث يعتبر الشباب معرضين بصورة خاصة للمثيرات التى تلت ظهور التحولات الاجتماعية – الاقتصادية ، ترجع أصول السلوك الانتحارى فى أغلب الاحتمال إلى النزاع بين الأفراد (interpersonal conflict)[١٨]. ويتم تصوير الانتحار أيضا كاستراتيجية لإنهاء المنازعات الاجتماعية فى المجموعات السكانية الفرعية فى غينيا الجديدة . وفى النساء على وجه الخصوص ، يرى الانتحار كانتقام محسوب من مرتكب لجريمة الإيذاء الجسدى – كثيرا ما يحدث ذلك ضمن إطار العلاقة الزوجية – طالما أن الانتحار يستلزم الارتجاع الاجتماعى (social restitution) عن الشخص الذى يدرك على أنه الباعث على الانتحار .

وقد تشبه دوافع الانتحار فى جنوب الباسيفيكى تلك التى تطرحها التقارير النفسانية الغربية فى بعض الأوجه ، لكن المعانى المحلية لتدمير الذات فى جنوب الباسيفيكى يبدو أنها مستمدة من العلاقات المتحولة بين الذات ، والأقارب ، والمجتمع الذى يتعرض لتحولات اجتماعية –اقتصادية . وبصورة عامة ، تكون المجموعات السكانية الفرعية (subpopulations) التى عانت من موجات وبائية من حالات الانتحار عاجزة نسبيا ، فتنفذ الانتحار كتعبير معقد عن الغضب ، والانتقام ، والاسترضاء (appeasement). وعلى الرغم من أنه لم يتم حتى الآن إجراء دراسات رسمية ، إلا أنه للاستنتاجات السالفة الذكر مضامين عديدة بالنسبة للعلاج . أولا ، يجب على أية خدمات للصحة العقلية تتخذ لمكافحة أوبئة الانتحار فى جنوب الباسيفيكى أن تضع فى اعتبارها تلك المعانى المحلية للأفعال الانتحارية فى كل مجتمع على حدة . وعلى وجه الخصوص ، سيحتاج الأطباء الممارسون للاهتمام بالمحفزات ، إضافة إلى المنازعات والمشاعر المرتبطة بها ، والتى تظهر عندما يرى الناس أنفسهم مبعدين عن بيئتهم الاجتماعية . ومن الضرورى أن يتم تعليم الممارسين ، بالإضافة إلى العائلات ، والمدرسين ، وقيادات المجتمع ، أن يتوقعوا رؤية الحالات التى يمكن أن يُرى الانتحار فيها كأحد الخيارات المطروحة لحل نزاع ما ، وذلك من أجل التدخل باحتياطات للأمان متوافقة مع القيم المحلية ، ومن أجل التعرف على المنذرات السلوكية للانتحار . وأخيرا ، وهو الأهم ، سيكون من الأمور البالغة الأهمية للمجتمعات المختلفة أن تستكشف سبلا بديلة لحل المنازعات الاجتماعية الناتجة عن الأساليب الحياتية المتغيرة[١٩].

وكثيرا ما تسهم الضوائق العقلية ، مثلها فى ذلك مثل إدمان المخدرات ، فى تسبيب الانتحار . وقد أظهر جولداكر (Goldacre) وزملاؤه مؤخرا أنه فى حقبة تتسم بانخفاض الموارد التى تمكن من حجز المرضى العقليين فى المستشفيات العقلية الداخلية ، فإن نسب الوفيات المعيارية (Standardized Mortality Ratios; SMR) لمحاولات الانتحار التى تتم خلال الأربعة أسابيع التالية لخروج المريض من المستشفى ، كانت أكثر ٢١٣ مرة بالنسبة للرجال و١٣٤ مرة بالنسبة للنساء مقارنة بعموم السكان ؛ كما كانت النسبة SMR، عند تحديدها بصورة أكثر اتساعا لتشمل حالات الانتحار والوفيات الناجمة عن الحوادث ،أكثر ٧.١ مرة بالنسبة للرجال ، و٣ مرات بالنسبة للنساء ، خلال الأربعة أسابيع الأولى – عنها فى الأسابيع الثمانية والأربعين المتبقية من السنة التالية لخروج المريض من المستشفى[٢٦]. وأخيرا ، فقد وجدت مراجعة لسبع عشرة دراسة للمتابعة فى أمريكا الشمالية ، أن نحو ١٥٪ من المرضى باضطرابات وجدانية ينهون حياتهم بالانتحار ، وهو ما يزيد على خطر الإقدام على الانتحار فى عموم السكان بثلاثين ضعفا[٢٧].

وبما أن الاكتشاف الفورى والعلاج الفعال للاكتئاب يمكنه أن يمنع حدوث نسبة معينة من حالات الانتحار هذه ، يجب أن يمنح تحديد معدلات خطر الإقدام على الانتحار أولوية قصوى من قبل مهنيى الصحة العقلية . وفى واقع الأمر ، كان هناك انخفاض مؤثر فى معدلات الانتحار فى العام التالى لإقامة برنامج تثقيفى لجميع الأطباء الممارسين العاملين فى جزيرة جوتلاند (Gotland) السويدية ؛ وقد زاد البرنامج التثقيفى من معدلات اكتشاف ومعالجة الاكتئاب[٢٨]. وبالمثل ، فقد اكتشف رايمر (Rimer) وزملاؤه وجود ارتباط سلبى مؤثر بين معدلات الانتحار وبين معدلات الاكتئاب المعالَج (treated) فى مقاطعات إدارية مختلفة فى المجر[٢٩]. وبرغم ذلك ، ففى البلدان التى يندر فيها وجود خدمات الصحة العقلية من أى نوع ، فلم تبدأ عيادات التخصصات الفرعية والمجموعات العلاجية التى تركز على الوقاية من الانتحار فى الظهور إلا مؤخرا ، وفى أكثر المناطق تمدنا فقط . وتقدم الخطوط الهاتفية الساخنة (hotlines) التى تديرها مجموعات المؤاسين (Samaritans)والمناصرين (Befrienders) ،

الدعم والتدخل عند الأزمات فى بعض المدن الكبرى ، والتى ربما كانت المصدر الوحيد المتوافر للمساعدة فى أوقات الأزمات .

وفى كثير من الأحيان ، يمكن أن تؤدى المثيرات الشديدة ، والأمراض الانتهائية المؤلمة ، أو الأحداث الحياتية غير المحتملة ، إلى الانتحار بدون وجود أمراض نفسية ظاهرة أو باطنة . وهنا قد يؤدى التركيز على البحث عن الاضطرابات النفسية إلى إخفاء العلاقة الدينامية بين الإطار الاجتماعى للشخص وبين الألم الذى يستشعره أو تستشعره . وبتأمله فى الطرق المختلفة لتحديد أسباب الانتحار ، وجد شنَيدمان (Schneidman) أن الألم النفسى المبرح ، أو "ألم الروح " (psychache) ، نتيجة لأى سبب – الأمراض النفسية ، أو المثيرات الاجتماعية ، أو مزيج بينهما – كان من بين العوامل المشتركة الأقل شيوعا بين جميع حالات الانتحار(٣٠). ولو أردنا صياغتها ببساطة، سنقول أن المتاعب الشخصية قد تكون أقل أهمية من المشكلات الاجتماعية .

وفى المجتمعات غير الغربية ، تكون حالات الانتحار المكتمل أقل احتمالا لأن تكون ناتجة عن أسباب نفسية . وفى الهند ، على سبيل المثال ، تركز الإحصائيات الرسمية على أهمية المثيرات الاجتماعية ؛ ففى عام ١٩٩٠ لم تُعز أكثر من ٣٪ من حالات الانتحار ، إلى "الجنون" ، والذى كان النمط الوحيد من الاضطرابات العقلية التى اشتملت عليها القائمة (انظر جدول ٣-٤) . وفى الأماكن التى يقوم فيها ضباط الشرطة ، أو الأطباء الشرعيين ، أو الأطباء الذين لم يتلقوا تدريبا فى مجال الصحة العقلية ، بتسجيل البيانات المتعلقة بالأسباب الرئيسية المؤدية إلى الانتحار ، يميل هؤلاء إلى التركيز على العوامل الاجتماعية أو الظرفية للوفاة . ومن المحتمل ألا تُرى سوى أكثر الأمراض النفسية شدة ووضوحا ، مثل مَن يتعرض بالسب للمارة ، على أنها مشكلة "نفسية" . أما العلامات الصغرى للأمراض النفسية ، وخصوصا الاكتئاب ، فيمكن أن تُعزى إلى الحزن الناتج عن التعرض لمواقف مُجهدة ، وليس إلى حالة مرضية يمكن علاجها .

جدول ٣-٤ : أسباب مختارة للانتحار فى الهند عام ١٩٩٠:

السبب المحدد	عدد الحالات	النسبة المئوية
الأمراض المخيفة (الجذام ، إلخ)	٩,٤٦٣	١٢,٨
الشجار مع أهل الزوج	٤,٥٩٢	٦,٢
الشجار مع الزوج/ الزوجة	٤,٣١٢	٥,٨
الحب ومشكلاته	٣,٤٧٥	٤,٧
الجنون	٢,٣١٥	٣,١
الفقر	١,٨٧١	٢,٥
الخلاف على المهر (البائنة)	١,٤٠٥	١,٩
البطالة	١,٣٠٥	١,٨
الرسوب فى الامتحانات	١,٢٥٤	١,٧
النزاع على الملكية	١,٠٦٠	١,٤
الإفلاس / الأزمات المالية المفاجئة	٩٢٨	١,٣
تعرض السمعة الاجتماعية للاهتزاز	٥٣٩	٠,٧
الحداد	٤٤٣	٠,٧
الحمل السفاح	١٤٩	٠,٢
أسباب غير معروفة	١١,٩٤٩	١٦,٢
أسباب أخرى	٢٨,٨٥١	٣٩,٠
الإجمالى	٧٣,٩١١	١٠٠,٠

المصدر : المكتب الوطنى للسجلات الإجرامية ، حكومة الهند ، ١٩٩٢ .

وعلى الرغم من الأدلة التى تؤكد الدور القوى الذى تلعبه العوامل الاجتماعية فى تسبيب الأفعال الانتحارية ، يميل مهنيو الصحة العقلية فى جميع أنحاء العالم إلى تعزيز دور الأمراض النفسية ، خصوصا تلك الأنماط من التوتر العصبى التى يمكن علاجها من أجل الوقاية من الانتحار . وبهذا يكون العاملون فى مجال الصحة العقلية الذين يتعلمون التعرف على الأنماط الثقافية للتوتر العصبى ، أكثر فاعلية فى تقليل عدد الوفيات الناجمة عن الانتحار مما لو كانوا اهتموا بالأسباب النفسية وحدها .

المُحَدِّدات الاجتماعية

تم الربط بين عدد من القوى الاجتماعية الهامة وبين الانتحار ؛ وتضم هذه القوى البطالة ، وصور العنف المنزلى والجماعى، وضروب الاحتجاج الاجتماعية والسياسية، والإحساس العام بعبثية الحياة (meaningless in life). وفيما يتعلق بالعامل الأخير ، أجريت دراسة بالغة الأهمية عن الظروف الاجتماعية المرتبطة بمعدلات الانتحار على يدى عالم الاجتماع إميل ديركهايم (Durkheim) ، وهى دراسة منفصلة عن الجهود الإكلينيكية التى استهدفت التعرف على المراضة النفسية المرتبطة بالانتحار ، وقد أضافت هذه الدراسة قيمة كبرى فى مجال البحث الاجتماعى خلال القرن الماضى ، وقد وجد ديركهايم ، والذى اعتمد فى بحثه بصورة أساسية على نتائج المسوح (surveys) الاجتماعية المتوافرة فى ذلك الوقت ، ثلاثة أنماط من الانتحار مبنية على مستويات الاندماج الاجتماعى (social integration)وتأثير التحولات الاجتماعية : وهى "الانتحار الأنانى" (egoistic suicide) ، وينتج عن الفشل فى الاندماج فى المجتمع ؛ و"الانتحار الغيرى" (altruistic suicide) ، وينتج عن فرط الاندماج الاجتماعى الذى يجعل المصاب به غير قادر على مواجهة أعباء المطالب المتزايدة للمجتمع ؛ و" الانتحار اللاأخلاقى " (anomic suicide) ، والناتج عن التحولات الاجتماعية التى تؤدى إلى عدم الاستقرار الأخلاقى وفقدان الأعراف والتقاليد المألوفة [٣١].

وقد اعتقد ديركهايم أيضا بوجود علاقة بين البطالة وبين الانتحار . وكما توقع ، فقد كشفت الدراسات الحديثة عن إحصائيات البطالة وعلاقتها بالانتحار فى بعض دول أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية ، وجود علاقة موجبة بين الاثنين[٣٢]. ومع ذلك ، يميل عدد من القوى الثقافية والاجتماعية للتأثير على هذه العلاقة . وعلى سبيل المثال ، ففى دراسة حديثة عن البيانات الأسترالية عن الموضوع ، نجد توكيدا للطبيعة المتغيرة لهذه العلاقة . ففى أستراليا خلال الفترة بين عامى ١٩٦٦ و١٩٩٠ ، على سبيل المثال ، ارتبطت البطالة أكثر ما فعلت بالمعدلات المرتفعة لحالات الانتحار بين الذكور من المجموعة العمرية ١٥-٢٤ عاما ؛ وعلى العكس من ذلك ، ففى الذكور فى منتصف العمر ، والذين يبدو أنهم كانوا أكثر تأثرا بالركود الاقتصادى خلال عقد الثلاثينات ،

كانت معدلات الانتحار إما ثابتة أو تظهر ميلا للانخفاض[٣٣]. وقد تقدم لنا هذه الاتجاهات مؤشرات غير دقيقة عن تأثير التحولات السلبية فى البنى الأسرية (family structures) ، وفرص العمل المحدودة ، وانخفاض التوقعات المستقبلية بين الشباب . وما بين عامى ١٩٦٢ و١٩٧١ ، انخفضت معدلات الانتحار فى بريطانيا ، بينما ارتفعت معدلات البطالة ، وقد نتج هذا التناقض الظاهرى (paradox) عن إزالة سمية الغاز المنزلى (gas detoxification) خلال تلك الفترة التى ارتبطت فيها حالات الانتحار بغير الغاز المنزلى بالبطالة بصورة كبيرة[٣٤].

وفى المملكة المتحدة ، دعا البعض لبذل الجهود من أجل التشاور مع وكالات التوظيف ووكالات الخدمة الاجتماعية ، للتعرف على ردود الفعل الاكتئابية لعدم وجود فرص للعمل ، والتى يمكن أن ترسب الانتحار فى الحالات المتطرفة[٣٥]. وعلى الرغم من أن الرجال العاطلين عن العمل فى إيطاليا قد وجد أنهم يتعرضون لخطر الإقدام على الانتحار بمعدل يزيد ٣,٤ مرات عن أقرانهم من العاملين ، إلا إن هناك حاجة لإجراء دراسات تشمل مستوى فرديًا (individual level)، ولاستخدام أساليب البحث المحكومة (case-control methods) من أجل تحديد عوامل الخطر بدقة أكبر ، ولإعلام مقدمى الخدمات بالسبل الواجب اتباعها للتدخل بصورة فعالة[٣٦]. وتظهر فى النهاية الحاجة لوجود مسعى أوسع بكثير لتناول الروابط القائمة بين الاقتصاديات الكاسدة وبين الأشخاص المصابين بالاكتئاب .

وتشير دراسة عن الانتحار قامت بها عالمة الأنثروبولوجيا دوروثى كاونتس (Counts) ، إلى تفشى العنف المنزلى (domestic violence) ، وإلى ندرة ردود الفعل الفعالة لمنعه فى أحد مجتمعات بابوا غينيا الجديدة[٣٧]. وقد وقعت خمس من حالات الانتحار الاثنتى عشرة اللاتى التقتهن خلال دراستها الحقلية بعد أن تعرضت أولئك النسوة للضرب بوقت قصير . وعلى الرغم من أن أغلب النسوة اللاتى يتعرضن للضرب لا يقدمن على قتل أنفسهن ، فقد فسر أحد الأشخاص الذين يعيشون فى هذا المجتمع انتحار أولئك النسوة بقوله : " تتعرض المرأة التى تتعرض للضرب بدون ذنب ، والتى تمنع من الحديث باستمرار كلما حاولت ذلك ، للإصابة "بمعدة سيئة" [وهى

الترجمة الحرفية للفظ المستخدم : ailolo sasi] ، وهى تعنى رثاءها لنفسها . وهذه الحالة هى مزيج من الإحساس بالغضب ، والخزى ، والقنوط . وإذا لم تلطف حدة هذا الشعور بمعاملة أكثر رقة من زوجها ، أو بدعم من أقاربها ، فقد يؤدى ذلك إلى إقدام المرأة على الانتحار"[٣٨].

وفى الهند ، تسهم توترات أسرية مشابهة، فى الديناميات الاجتماعية (social dynamics) التى قد تؤدى إلى الإقدام على الانتحار . وقد تسبب "الشجار مع الزوج أو الزوجة " ، و" الشجار مع أهل الزوج أو الزوجة" مجتمعين ، فى تسبيب ١٢٪ من حالات الانتحار التى أوردتها إحصائيات الوزارة الهندية للشئون الداخلية لعام ١٩٩٠ (انظر جدول ٣-٤) ، وهى نسبة تقترب من تلك الناجمة عن "الأمراض المخيفة " (مثل الجذام أو السرطان فى مراحله الانتهائية) ، وهى أكبر الأسباب المنفردة للانتحار . وقد اعتبرت دراسة بانرجى (Banerjee) فى غرب البنغال ، أن المشاجرات مع الزوج ، أو مع أهل الزوج ، قد كانت السبب الرئيسى للانتحار فى ٤٥,٧٪ من حالات الانتحار فى الإناث ، كما حددت دراسة أخرى أجريت فى منطقة جهانسى فى ولاية أوتار براديش الهندية ، وجود "النزاعات المنزلية " (domestic strife) فى ٣٨,٣٪ من جميع حالات الانتحار[٣٩]. وقد اشتملت هذه النزاعات ، نمطيا ، على المضايقات المستمرة (harassement) ، والضرب أو التعذيب من قبل أقارب الزوج ، أو الزوج ، أو كليهما . وقد لوحظ أن المرض العقلى ، والذى لا يعد ضمن المثيرات الاجتماعية ، كان السبب الرئيسى وراء ٢٣,٥٪ من حالات الانتحار .

فى عام ١٩٩٠ ، قدّر أن عدد حالات الانتحار التى عزيت إلى "النزاع على البائنة (المهر)" (dowry dispute) كان ١,٤٠٥ حالة . وتعد هذه إحصائية يصعب تقييمها بثقة ، على اعتبار أنه يتم تسجيل بعض الوفيات الناتجة عن النزاع على البائنات (المهور) ، والتى هى حالات قتل للغير ، على أنها حالات للانتحار ، أو كحوادث ، إذا كانت للأسرة سلطة كافية لتسجيلها هكذا فى السجلات الرسمية. ويشير اصطلاح "وفيات المهور" (dowry deaths) إلى كل من حالات القتل والانتحار ؛ وهذه الوفيات هى النتيجة النهائية لتحرشات أهل الزوج ، والزوج ، نتيجة للمطالبة بالمزيد من

الأغراض المادية كبائنة (دوطة). وقد تكون هذه التحرشات إما وسيلة للحصول على بائنة أكبر ، أو وسيلة للتخلص من عروس لا تستطيع عائلتها أن تفي بتلك المطالب المادية . وقد اكتشفت مراجعة قام بها البرلمان الهندى عن وفيات المهور أنه قد تم تسجيل عدد إجمالى من الوفيات المتعلقة بالمهور (البائنات) قدره ١١.٢٥٩ خلال الأعوام ١٩٨٨و١٩٨٩ و١٩٩٠ ؛ ومن بين تلك الحالات ، اعتبرت ٤.٠٣٨ من الوفيات كحالات للانتحار[٤٠]. وقد أدى تزايد الوعى بالمشكلة إلى زيادة معدلات التبليغ عنها من ٢.٢٠٩ حالات فى عام ١٩٨٨، إلى ٤.٨٣٥ فى عام ١٩٩٠.

ويمكن للحرب وما ينتج عنها من التمزق الاجتماعى أن تتسبب فى حدوث تأثيرات شديدة الاختلاف على معدلات الانتحار باختلاف الظروف المحيطة ؛ فقد أدت الحرب العالمية الثانية إلى انخفاض معدلات الانتحار فى بريطانيا وزيادتها فى اليابان . وقد اكتسبت سريلانكا فى السنوات الأخيرة أعلى معدلات وطنية للانتحار فى العالم ، إذ بلغت معدلات الانتحار ٤٧ حالة لكل ١٠٠.٠٠٠ من السكان فى عام ١٩٩١ ، كما كان أغلب الضحايا من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين الرابعة عشرة والثلاثين[٤١]. وتزيد هذه المعدلات بنسبة ٢٢٪ عن معدلات الانتحار فى المجر ، والتى تبلغ ٣٨,٦ ، وهى ثانى أعلى المعدلات الوطنية للانتحار فى عام ١٩٩١ للدول التى حصلت منظمة الصحة العالمية منها على إحصائيات رسمية عن معدلات الانتحار . وتأتى أهمية هذه الإحصائية من بلد ذكرت تقاريرها السابقة وجود معدلات منخفضة للانتحار (٦,٥ لكل ١٠٠.٠٠٠ فى عام ١٩٥٠) ، فى أنها تشير إلى التأثيرات الهائلة للعنف والاضطرابات الاجتماعية التى تعانى منها سريلا نكا. ويرى عالما الاجتماع روبرت كيرنى (Kearney) وبربارة ميللر (Miller) ، أن تلك الزيادة المذهلة فى معدلات الانتحار ناتجة عن فقدان القيم الاجتماعية بفعل "التغيرات المجتمعية المدمرة والباعثة على عدم الاستقرار" ، والبطالة التى تتركز بين الشباب[٤٢]. وقد وجدا أن الانتحار فى سريلانكا يرتبط فى كثير من الأحيان بمزيج تعس من الفرص التعليمية التى يصاحبها الإحباط الناتج عن عدم توفر فرص العمل وعن الزيادة السكانية ، إضافة إلى الهجرة الداخلية الواسعة النطاق ، والتى – من خلال تمزيق أوصال الأسر – تفرض التوتر

وتحد من الدعم . ومع ذلك ، فحتى عندما كانت معدلات الانتحار فى سريلانكا منخفضة بالنسبة لمعدلاتها الحالية ، كانت تلك المعدلات مرتفعة نسبيا فى مجتمعات التاميل (Tamil) فى كل من سريلانكا والهند .

يزداد كون نظرية أن العوامل الاجتماعية والسياسية مسئولة عن ارتفاع معدلات الانتحار فى سريلانكا ، مفروضة ، فى ضوء التاريخ المعاصر ، ومحدودة ، فى ضوء المعدلات المنخفضة نسبيا فى بلدان تعانى من أوجه مماثلة للتمزق الاجتماعى ، مثل إيرلندا الشمالية . وحتى فى عام ١٩٥٣ ، اكتشف تحليل حالات الانتحار ، والقتل ، والبنية الاجتماعية فى سيلان (Ceylon) وهو الاسم الذى كانت تعرف به سريلانكا وقتئذ) ، وجود معدلات مرتفعة للقتل ، تصاحبها معدلات منخفضة للانتحار[٤٣]. وبرغم ذلك ، يجادل عالم الأنثروبولوجيا السريلانكى ك.ت.سيلفا (Silva) بأن طبيعة العنف السياسى وحالات الانتحار فى الفترة الحالية مرتبطان ببعضهما البعض بصورة وثيقة ، مما يشير إلى دور نظرية ديركهام عن فقدان الأخلاق الاجتماعية (anomie) ، كما يدعم تفسير فرويد (Freud) للانتحار بكونه عنف يرتد إلى الداخل[٤٤].

وتمثل الأهداف السياسية حافزا قويا آخر . فقد فجر الإرهابيون من أعضاء منظمة نمور تحرير تاميل إيلام (LTTE) قنابل مخفية مربوطة بأجسامهم من أجل قتل رئيسى الوزراء الهنديين راجيف غاندى ، وراناسينج بيرماداسا ، وغيرهم من كبار القادة . ويرتدى إرهابيو منظمة LTTE أيضا قلائد من السيانيد حول أعناقهم ؛ وقد استخدم كثير منهم سم السيانيد عند إلقاء القبض عليهم ، مما حث بعض جنود قوات الأمن السريلانكية على أن يحذو حذوهم[٤٥]. وتشترك مجموعة سياسية ثالثة فى "حرب السيانيد" هذه ، وهم أعضاء الميليشيات السنهالية JVP (Janatha Vimukti Peramuna)، والذين يطبقون سبل العنف المدمر للذات من أجل تحسين جدول الأعمال السياسى لحركتهم .

وعلى الرغم من أن كلا من هذه الجماعات قد مجَّد تدمير الذات الانتحارى الذى يمثل مثلا أعلى ، إلا أن المعدلات المرتفعة للانتحار فى سريلانكا ترجع بصورة رئيسية إلى الوفيات الناجمة عن الاستجابة لمثيرات أكثر دنيوية (mundane). وقد اشتملت

دراسة حقلية قام بها كل من ك.ت. سيلفا و و.ت. بوشباكومارا (Pushpakumara) ، باستقصاء جميع حالات الوفاة على مدى خمس سنوات فى ٢٧ من نقاط الاستيطان (settlement points) التابعة لبرنامج "مهاويلى" للتنمية (Mahaweli development program) فى المنطقة الشرقية الوسطى من سريلانكا ، وهى موقع برنامج هائل لإعادة التوطين[٤٦]. وقد كان الانتحار هو أكبر أسباب الوفيات (٦٨,٥٪) ؛ وقد كانت أكثر الأسباب المسجلة شيوعا هى الخيانة الزوجية ، وقصص الحب الفاشلة ، والفقر (انظر إطار ٣-٢). ولم يذكر المرض العقلى كسبب للانتحار سوى فى حالتين من بين الوفيات الخمسة والأربعين التى خضعت للبحث ، مما قد يشير إلى الذهان وحده ، والذى ذكر فقط فى حالة عدم إمكانية التعرف على مسبب آخر . وفى دراسة إكلينيكية أجريت فى أحد مستشفيات مدينة جافنا على ٢٢ مريضا أدخلوا إلى المستشفى قبل وفاتهم بسبب الانتحار،تم تشخيص وجود اضطراب نفسى فى ١٤ من المرضى[٤٧].

ويوهِم (purport) من ينتحرون كوسيلة للاحتجاج الاجتماعى ، أو كأحد مظاهر الإرهاب السياسى ، بتقديم تعبير اجتماعى ، وليس شخصى ، عن الرأى . وقد يسعى المنتحرون من هذا النوع للتأثير على قرار سياسى معين ، أو لإظهار مقدار الولاء الذى يظهره الضحايا لقضايا معينة . وعلى سبيل المثال ، عندما أعلن رئيس الوزراء الهندى ف.ب. سينج أنه سيطبق خطة لتخصيص نسبة أعلى من الوظائف الحكومية والمنح التعليمية لأفراد " الطوائف الدنيا الأخرى" (كما تعرف هذه الجماعات تقنيا) ، انتحر العشرات من الطلاب الذين ينتمون للطوائف(*) العليا ، لظنهم أن هذه الفرص التعليمية ستكون على حساب حرمانهم هم منها ، وقد انتحر كثير منهم عن طريق قتل أنفسهم على الملأ. وقد كان الانتحار أيضا من السمات المميزة للاضطرابات التى نشبت على اللغة فى إقليم تاميل نادو عام ١٩٦٥، وذلك كوسيلة للاحتجاج على فرض اللغة الهندية وإلغاء كون اللغة الإنجليزية لغة قومية للربط بين المجتمعات المختلفة اللغة فى الهند. وفى مرحلة أكثر حداثة ، هدد الناشطون الرافضون للمشروع المقترح بإنشاء سد نارمادا ، والذى سيتسبب فى إغراق القرى وأراضى القبائل كثمن للتنمية ، بالقيام بتنفيذ انتحار جماعى لإقناع صناع السياسات بالتخلى عن المشروع ، برغم أن

(*) (castes : الجماعات الوراثية عند الهندوس)

المفاوضات التى جرت مع المسئولين الحكوميين المعنيين كان قد نتج عنها سحب التهديد قبل ذلك التاريخ بأسبوع .

التقديس ، والوصم ، والأطر الأخلاقية للانتحار

(Sanction, Stigma , and the Moral Contexts of Suicide)

تؤكد الروابط القائمة بين الانتحار وبين كل من الأيديولوجيات السياسية ، والقيم الثقافية ، والممارسات القمعية ، حقيقة أن مدلولات الانتحار والأحداث المجتمعية تتباين بصورة معتبرة بين المجتمعات المختلفة . وعلى الرغم من أن بعض أوجه الانتحار تمثل مشكلات أينما كانت ، فإن درجة الإدانة (condemnation) التى يستثيرها الانتحار ، بالإضافة إلى مدى قبول الأنماط البديلة من الانتحار والتى لا تعتبر مسببة للمشاكل ، يعكسان المعتقدات والقيم الثقافية للمجتمع. وعلى سبيل المثال ، تحرم المعتقدات الإسلامية والكاثوليكية الانتحار تحريما قاطعا (ولذلك ، وحسبما كان متوقعا ، وجدت الدراسات على المسلمين والهندوس فى جنوبى آسيا أن معدلات الانتحار كانت أعلى بين الهندوس)[٤٩].

أما فى اليابان ، حيث كان يتم تقديس حالات الانتحار الشعائرى ، فلازالت معدلات الانتحار مرتفعة نسبيا. وفى واقع الأمر ، ففى الوقت الذى انخفضت فيه معدلات الانتحار فى بريطانيا خلال الحرب العالمية الثانية عما كان متوقعا ، كانت هناك معدلات مرتفعة للانتحار فى اليابان بعد انتهاء الحرب[٥٠].

وربما كانت حالات الانتحار اليابانية متعلقة بالتقديس الثقافى للأنماط الشعائرية من الانتحار كرد فعل للتعرض للإيذاء . وبعد أن بلغت أقصى مدى لها خلال السنوات التى تلت الحرب مباشرة ، انخفضت معدلات الانتحار فى اليابان ، على عكس ما حدث فى أغلب بلدان العالم تماما ، حيث ارتفعت تلك المعدلات[٥١]. وعلى عكس الآراء الغربية التى تحاول وصف الانتحار بالمرض ، فإن التقديس الثقافى للأنماط الشعائرية من

الانتحار فى اليابان ، مثل الهراكيرى(*) ، والتى تجلب الشرف لصاحبها بدلا من العار ، تخلع على الانتحار قيما مثالية .

وتشمل الأنماط الثقافية من الانتحار فى الهند ، والتى تمت صياغتها مفاهيميا كمثل عليا وليس كسلوكيات موصومة بالعار أو أمراضا نفسية ، قتل الذات الذى تقدم عليه المرأة الهندوسية التى يتوفى عنها زوجها ، والانتحار الدينى فى أرذل العمر. وقد وجدت دراسة عن مواثيق الانتحار (suicide pacts) فى ولاية بنجالور فى الهند ، أن هذه تشمل فى كثير من الأحيان الأصدقاء ، كما وجد أن هذه الحالات المزدوجة من الانتحار يتم تنفيذها بوسائل أقل عنفا[٥٢]. وقد ينظر إلى الممارسات الهندوسية التى تقوم فيها الأرملة المخلصة ، والتى تعرف باسم "ساتى" (sati) ، بحرق نفسها فوق محرقة (pyre) زوجها الجنائزية ، على أنها شكل مختلف ومن طرف واحد من ميثاق الانتحار الزوجى ، برغم أنه أكثر عنفا منه بكثير ، كما أنه لا يقتصر على كبار السن. وقد كان من المعتقد أن هذا الفعل يخلع الحسنات على المرأة المخلصة التى ترملت حديثا ، وعلى زوجها المتوفى ، وعلى أسرتها. ونظرا لتعرضها للإدانة بشكل واسع ، أثارت حالة من "الساتى" تم تضخيمها إعلاميا فى ولاية راجستان عام ١٩٨٨ ، موجة من الخلاف المستعر ، مما يدل على أن تلك الممارسات لا تزال تحتفظ بقليل من المناصرين الأقوياء[٥٣]. وقد نتجت ممارسات الساتى ، إلى حد ما ، عن مزيج معقد من المشاعر الناتجة عن فقد الزوج والضغوط الاجتماعية على الزوجة من أجل إظهار حزنها الشديد بهذه الصورة المحددة . وعلى الرغم من ذلك ، ففى كثير من الأحيان كانت انطباعات الاختيار النبيل للزوجة كى تموت بهذه الصورة مجرد وهم ؛ فقد كانت الوفاة ناتجة عن الإكراه ، بما فيها التقييد الجسدى من قبل الأسرة التى ستستفيد ماديا عندما يتحول مكان الانتحار "المقدس" إلى قبلة للحجاج فيما بعد. وحتى عندما يبدو هذا الفعل وكأنه محض اختيار، فإن الحافز الذى يدفع بعض ، وربما كثير، من النساء لأن تصبح "ساتى" بقتل نفسها ، يعكس قدر التعاسة التى يمكن أن تتوقعها المرأة من الحياة كأرملة[٥٤].

وبهذا تكون الفضيلة (morality) والأخلاقيات (ethics) مرتبطان بصورة وثيقة للغاية بالمعانى الشخصية والاجتماعية وردود الفعل نحو جميع حالات الانتحار . وعلى

(*) (hara-kiri : طريقة للانتحار يقوم فيها الشخص ببقر بطنه من الأمام بخنجر تخلصا من العار - المترجم)

الرغم من ذلك ، فإن حالات الانتحار الدينى وغيرها من أنماط الانتحار ذات المغزى الثقافى ، سواء كان ذلك بالتقديس أم لا ، تطرح معضلات أخلاقية فى آسيا ، والتى تستدعى إجراء المقارنات التى تنطوى على أسئلة عن الانتحار "العقلانى" (rational suicide) فى أوروبا وأمريكا الشمالية . فالقرار العقلانى المبنى على وجود عبء لا يحتمل ، أو عدم القدرة على العيش تبعا لمبادئ وقيم يسجلها التاريخ الشخصى لحياة المرء كأدوات ضرورية من أجل الإحساس بالقيمة الذاتية ، يطرح معضلات تختبر (challenge) نص وروح العقائد الدينية ، والطبية ، والقانونية . وتعد سعة الخدمات الصحية ، إضافة إلى القيم الاجتماعية التى توفر الموارد من أجل ملاقاة الحاجات الخاصة لرعاية كبار السن ، والمرضى بأمراض انتهائية ، من عناصر المعادلات التى ستستثير فى النهاية إما الإقدام على الانتحار ، أو الصبر والتحمل .

تتميز الأسئلة المتعلقة بالحكمة ، والإنسانية ، والمخاطر التى تكتنف الانتحار المقدس أو المساعَد (assissted) بكونها معقدة ومثيرة للجدل . ويوضح الخلاف الدائر حاليا حول مسألة القتل الرحيم (euthanasia) فى هولندا، والسمعة السيئة التى اكتسبها الدكتور جاك كيفوركيان (Kevorkian) ، طبيب ميتشيجان الذى يساعد المرضى باعتلالات مزمنة على تنفيذ الانتحار (وبذلك يتحدى التعاليم الطبية التقليدية التى تنادى بأن الانتحار يجب أن يُمنع فى جميع الأحوال[٥٥] ، بمطالبته بأن يصبح الانتحار المساعَد [assisted suicide] أحد العلاجات الطبية المقبولة) ، حدة وتعقيد المخاوف المتعلقة بتقديس أى من أنواع الانتحار .

إطار ٣-٢ : الانتحار فى سريلانكا

كانت رانى ، البالغة من العمر ست وعشرين سنة ، أما لطفلين صغيرين ، كما هجرها عشيقها ، فقتلت نفسها أمام أصغر طفليها بابتلاع زجاجة من مبيد حشرى . وفى الوقت نفسه ، كانت تعيش بعيدة عن أسرتها كواحدة من مستوطنى مشروع منطقة ماهاويلى لإعادة التوطين فى سريلانكا .

يعد الانتحار أكبر أسباب الوفيات فى منطقة إعادة التوطين التى تعيش فيها رانى ؛ حيث الانتحار بتناول المبيدات الحشرية ، والمتوفرة بسهولة فى مثل هذه المجتمعات الزراعية ، هو أكثر طرق الانتحار شيوعا . وتعادل معدلات الانتحار فى منطقة ماهاويلى تلك المعدلات المرتفعة للانتحار فى سريلانكا ككل ، والتى تعد واحدة من أعلى المعدلات فى العالم. ويعد تراكم الصعوبات والضغوط

الاجتماعية التى يمكن أن تؤدى إلى الانتحار (مثلما حدث فى حالة رانى) ، من الموضوعات المألوفة فى هذا البلد .

كانت رانى واحدة من اثنى عشر طفلا لعائلة فقيرة تكافح من أجل العيش . وبسبب الصعوبات الاقتصادية ، تركت رانى المدرسة بعد الصف العاشر. وفى الوقت نفسه ارتبطت بعلاقة مع بالا ، وهو عامل زراعى مهاجر كان يعيش بقرب مسكن الأسرة فى منطقة بولانوروا.

تعد علاقات الزواج ، والتى كانت تعدها الأسر فيما مضى ، سبيلا للشباب ، وخصوصا النساء ، لبناء مستقبل أفضل لأنفسهم. وفى حالتنا هذه ، رفضت عائلة رانى زواجها من بالا لأنه كان على علاقة بعدد من النسوة فى الجيرة ، ومع ذلك فقد استمرت رانى فى علاقتها معه ، دون زواج ، على الرغم من اعتراضات أسرتها .

بعد ولادة طفلهما الأول ، انتقل العشيقان إلى منطقة ماهاويلى لإعادة التوطين حيث أصبحا من واضعى اليد (squatters) هناك ، فقاما ببناء كوخ صغير فوق قطعة منعزلة من الأرض بصورة غير قانونية. وقد تزايدت صعوبات الحياة التى تواجه رانى : فقد وضعت طفلا ثانيا ، كما كان بالا ينفق أغلب أجره الضئيل من عمله الفلاحى على شراء الطباق والكحول ، فكانت النقود المتبقية لا تكاد تكفى لشراء الطعام الذى يحتاجونه ، كما بدأت سلطات المنطقة فى مضايقتهما لكى يغادرا الكوخ .

وقد تفاقمت محنة رانى عندما ارتبط بالا بعلاقة مع ابنة أحد المستوطنين . وعندما أصبحت المرأة الجديدة حاملا ، ضغطت أسرتها على بالا لكى يتزوجها ، فانتقل للعيش مع أسرتها . ولعدم قدرتها على الحصول على أى ضغط مجتمعى أو مرسوم قانونى لمنع بالا من هجرها ، عادت رانى إلى بيت أسرتها لكى تطلب منهم مساعدتها ، محضرة معها طفلها الأصغر ، بينما تركت الآخر فى رعاية إحدى الجارات .

رفض والدا رانى مساعدتها ، لذا كان عليها أن تعود إلى منطقة ماهاويلى . وأثناء غياب رانى ، أخبر أهل زوجة بالا الجديدة مسئولى المنطقة بأن كوخها "مهجور" ، فقام المسئولون بإزالته لمنع إعادة شغله مرة أخرى. وعندما علمت رانى بتدمير "منزلها" ، قامت بشراء المبيد الحشرى من مدينة مجاورة وابتلعته بجوار الطريق .

بدأ العمل فى مشروع التنمية المعجّل لمنطقة ماهاويلى (AMDP) فى عام ١٩٧٧ لاستغلال مياه الماهاويلى ، وهو أطول أنهار سريلانكا . ولكون البرنامج واحدا من أكبر برامج التنمية وإعادة التوطين التى أقيمت فى سريلانكا ، فقد تأثر به قرابة المليون شخص. وعلى الرغم من الوعود التى قطعت ببذل الجهود التى من شأنها إعادة تكوين الترتيبات الاجتماعية مثل أواصر القرابة والجيرة بين مستوطنى المنطقة ، فلم يتبلور سوى القليل من هذه الترتيبات. وبدلا من ذلك ، كانت هناك مركزية متزايدة فى

السلطة المفروضة على فلاحين كانوا مستقلين فيما مضى. فقد اكتسبت وزارة ماهاويلى وذراعها الإدارى ، سلطة الماهاويلى لسريلانكا (MASL) ، سلطة شمولية هائلة على البنى التحتية المادية وعلى المستوطنين .

كانت غالبية السكان تتكون من عائلات تم توطينها رسميا فى أراضى ماهاويلى عبر سلطة MASL. ويسكن المنطقة أيضا أعداد من واضعى اليد ، وعمال الزراعة المهاجرين ، وعمال البناء . ويحتل واضعى اليد أرض الماهاويلى بصورة غير شرعية ، كما لا يتمتعون سوى بالقليل من التأثير فى ترتيب السلطات هناك .

ومثلها مثل بقية واضعى اليد الذين يحتلون الأرض بصورة غير شرعية ، لم يكن لدى رانى الحق فى التمسك ببيتها. ولم يمنحها وضعها الاجتماعى كأم غير متزوجة سوى تأثير ضئيل على المجتمع المحلى ، لذا فلم تتح لها الكثير من الخيارات . وقد قدمت لها سهولة الحصول على المبيدات الحشرية وسيلة ميسورة لقتل نفسها . وتوضح وفاة رانى تلك العوامل الاجتماعية والشخصية المسببة للانتحار : الفقر ، والنبذ المجتمعى (social rejec-tion)، والعجز من ناحية ؛ والخيانة ، والقنوط ، وهجران الأسرة (family abandonment) من الناحية الأخرى (٤٨).

أما خطر "المنحدر الزلق" الذى يحذر منه علماء الأخلاقيات الطبية (medical ethi-cists) ، من القلق بشأن احتمال إساءة استغلال السياسات من أجل التيسير أو الكسب ، والحاجة لحماية المصلحة الذاتية المبررة لقرار المريض الذى يؤدى به للإقدام على الانتحار "المقدس" أو المساعَد ، فيعد صائبا على وجه الخصوص فى الأماكن التى يشيع فيها وجود صنوف الإيذاء (abuse) الأخرى .

وتقدم التقارير المتعلقة باحتمال وجود بعض الاستغلال فى هولندا ، حيث الانتحار المساعَد مسموح به وفق ضوابط معينة (controlled) ، مادة للجدل الدائر ضد الانتحار المساعَد(٥٦) ، ويؤكد التزايد الكبير فى عدد الأماكن التى يستخدم فيها الفحص بفائق الصوت (ultrasound) بصورة تجارية للمساعدة فى عمليات الإجهاض النوعى لجنس الجنين (gender-specific abortions)(٥٧) ، أو حيث يرتزق السماسرة من ترتيب عمليات زراعة الأعضاء المأخوذة من المتبرعين الأحياء(٥٨) ، على أهمية الحاجة للتيقن من أنه لا يتم التلاعب بالقيم الثقافية والخيارات الشخصية ، من أجل إسعاد أو مكسب الآخرين .

وسائل إكمال الانتحار

(Means of Completing Suicide)

تؤثر القيم الثقافية والسياسات الاجتماعية أيضا على تفضيلات طرق الانتحار . ويساعدنا ارتباط الطهارة (purity) بعمليات حرق الجثث (cremation) ، على فهم سبب انتشار قتل الذات فى الثقافات الهندوسية والبوذية ، خصوصا عندما يعبر الانتحار عن نوع من الاحتجاج على المجتمع . وفى كثير من المجتمعات الزراعية ، وخصوصا فى جنوبى أسيا ، يمكن الحصول بسهولة على المبيدات الحشرية ، لذلك فقد كانت أكثر طرق إكمال الانتحار شيوعا فى دراسة سيلفا الميدانية فى سريلانكا (٩١٪)، كما توفى جميع أفراد المجموعة التى توفيت فى مستشفى جافنا، إلا واحدا ، نتيجة لابتلاع مادة سامة . وفى دراسة شملت جميع حالات الانتحار فى مدينة كولومبو عاصمة سريلانكا لعام ١٩٨١ ، وعددها ٤٠٤٠١ ، وجد أن ٥٣٪ من الضحايا الذين تم تشريح جثثهم قد توفوا نتيجة لابتلاع المبيدات الحشرية[٦٠]. وقد أدت إزالة سمية غاز الطهى فى بريطانيا ، والذى كان يوفر وسيلة ميسورة للانتحار ، إلى انخفاض هائل فى معدلات الانتحار ؛ وقد تؤدى حملة مشابهة للحد من توافر المبيدات الحشرية فى سريلانكا للمساعدة فى تخفيض أعلى المعدلات الوطنية للانتحار فى العالم .

وفى جزر ساموا الغربية ، استخدم الباراكوات (paraquat : مبيد للأعشاب) فى ٨٠٪ من حالات الانتحار التى تمت عام ١٩٨١[٦١]. ؛ وفى الهند ، يعد التسمم أكثر طرق الانتحار شيوعا (٣٣.٣٪ فى عام ١ ٩٩٠) ، يليها الشنق (٢٤.٣٪) (وبرغم ذلك ، فهناك تباين معتبر بين المناطق المختلفة ، ففى ولاية البنجاب ، على سبيل المثال ، عزيت ٥٣.٣٪ من جميع حالات الانتحار "للسكك الحديدية") . وفى الأماكن التى تتوافر فيها ، توفر النباتات والثمار السامة بديلا مريحا للمبيدات الحشرية[٦٢] ؛ ففى إثيوبيا ، يستخدم نبات الكوسو (Kosso) ، والذى يستخدم أيضا كدواء قاتل للديدان (vermicide) ، كسم زعاف[٦٣]. ويشيع استخدام ثمرة الساكاساانديا (sachasandia) ،

والتى تنضج فى شهر ديسمبر ، بين أفراد شعب الماتاكو (Matako) ، فى منطقة جران شاكو بالأرجنتين ، كما إن أعلى معدلات للانتحار بينهم تكون فى شهر ديسمبر من كل عام[٦٤]. وفى المناطق التى يمكن الحصول فيها على عقاقير الباربيتورات (barbiturates) دون وصفة طبية ، كما هو الحال فى نيجيريا ، تستخدم هذه العقاقير فى تسميم الذات[٦٥].

ويقوى توافر الأسلحة النارية ، نمطيا ، من الرابطة القائمة بين السلوك المتهور والمدمر للذات ، وبين الموت[٦٦]. وفى الولايات المتحدة ، يتسبب توافر الأسلحة النارية فى تكرار استخدامها فى حالات الانتحار. وحتى بين كبار السن ، أصبحت الأسلحة النارية أكثر طرق الانتحار شيوعا ، فقد تسببت فى ٦٦٪ من هذه الوفيات فى عام ١٩٨٠[٦٧]. وستكون السياسات الاجتماعية التى تحد من إمكانية الحصول على الأسلحة النارية ، من الإجراءات الفعالة لتقليل معدلات الانتحار[٦٨].

وبتقديمها لنوع آخر من التحديات ، تروق السمات المحتملة القتل (potentially le- thal) للمناظر الحضرية أو الريفية (landscapes) ، لأولئك المعرضين للخطر ، نتيجة للارتباطات الرمزية والطرق الفعالة لاستكمال الانتحار . فالمبانى الشاهقة الارتفاع فى سنغافورة وهونج كونج تعتبر شائعة وقاتلة بالنسبة للمنتحرين قفزا (suicide jumpers). وتُظهر قمم الجبال ، مثل المزار اليانى فى منطقة شرافانا بيلاجولا ، أو الشلال الموجود فى منطقة هوجناكال فى جنوب الهند (وهو منتجع تحول فى البداية إلى خلفية استخدمها فى السينما الهندية العشاق التعساء فى قتل أنفسهم ، قبل أن يبدأ العشاق الفعليون فى تقليد نجومهم المحبوبين) ، كيف يمكن أن تتحول سمات المنظر الطبيعى ، مثل المناطق المرتفعة أو الجسور ، إلى رموز مرضية[٦٩].

وفى محاولة لمواجهة مثل هذه الأخطار الجغرافية ، وضعت دائرة الصحة العقلية فى مقاطعة دوتشس (Dutchess) ، بالتعاون مع هيئة الجسور بولاية نيويورك ، خطا تليفونيا للوقاية من الانتحار فوق جسر مِد-هدسون (Mid-Hudson) فى مدينة بوكيبسى (Poughkeepsie) بولاية نيويورك ، يقدم خدمة الخط الساخن للطوارئ النفسية على مدار أربع وعشرين ساعة يوميا . وقد تم استخدام هذه الخدمة ثلاثين مرة على مدى سنتين[٧٠].

إطار ٣-٣ : ساليخانا : هل تعد الوفاة الاختيارية للحكيم اليانى انتحارا ؟

(Sallekhana : Is the Willful death of a Jain Sage Suicide?)

أشاريا شانتيساجر مونى مهراجا ، وهو رجل دين يانى فى الهند المعاصرة ، غادر جسده فى الساعة السادسة وخمسين دقيقة من صباح الثامن عشر من سبتمبر ١٩٥٥ ، فى منطقة كونتالاجيرى (Kunthalagiri) المقدسة فى منطقة عثمان أباد ، بولاية ماهاراشترا الهندية . ولد الرجل فى عام ١٨٧٣ ، ولم يهتم بعمل الأسرة فى تجارة الأقمشة ، وعندما بلغ الثامنة عشرة كان بدأ قراءة النصوص الدينية ، كما اشتغل برحلات الحج ، وانتابته رغبة شديدة لكى يصبح ناسكا (ascetic). توفيت والدته عام ١٩١٢ ، كما توفى والده قبلها بقليل ، وبعد أن حج إلى منطقة شرافانا بيلونجا فى الجنوب ، تم تكريسه كعضو فى إحدى الطوائف المقدسة عام ١٩١٨ ، ثم كراهب متجرد (naked monk) فى عام ١٩٢٢ ، وقد خلع عليه تلاميذه لقب "إمبراطور الخلق الحسن " (caritra cakravarti).

حمل الرجل رسالة الديانة اليانية فى جميع أنحاء الهند ، كما أيقظ ضمائر الآلاف من اليانيين وغيرهم ممن ينزعون إلى السبيل الروحانى للطهر والتقوى .وقد وصفه الدكتور راداكريشنان ، الذى كان نائبا للرئيس الهندى فى ذلك الوقت ، بأنه "التجسيد الفعلى لروح الهند" . وفى أبريل من عام ١٩٥٥ ، كان مخيما فى منطقة برماتى ، فى منطقة بونا ، كما كان يشكو من ضعف بصره . كان قد قرر الذهاب إلى منطقة كونتالاجيرى ، لكن أتباعه ألحوا عليه فى البقاء نظرا لضعف إبصاره . فأخبرهم بأنه عليهم أن يتركوه ليعيش حياته كما يحلو له . وفى الخامس من يوليو عام ١٩٥٥ ، وبعد أن انتهى من تلاوة صلواته الصباحية ، قال :" لقد تزايد ضعف بصرى فى الآونة الأخيرة . لقد جئت إلى هنا قبل عامين . لذا فخلال إقامتى هنا ، كان هناك بعض التحسن فى قوة إبصارى . لكننى لا أحس بذلك هذه المرة . وبما أنه علىّ أن أعتمد على الآخرين ، حتى فى السير ، تتزايد آثام عهودى فى كل يوم. ولذلك فقد خامرنى شعور بأنه علىّ أن أعتمد عهد (vow) الساليخانا ." وفى السابع من يوليو ، بدأ صومه فى صمت .

حضر اثنان من كبار أطباء مدينة شولابور لفحص عينيه ، وخلصا إلى أنه فى بداية الإصابة بالسادّ (cataract) ، لكنه لا يمكن أن يخضع للجراحة قبل سبع أو ثمانى سنين ، وأن عينيه تزدادان ضعفا كنتيجة لقلة التدفق الدموى إليهما . قرر "الأشاريا" أن يهجر جسده بطريقة الساليخانا (sallekhana).وقد اتخذ العهد الذى يلزمه بالامتناع عن

الطعام تدريجيا . وفى العاشر من أغسطس ، توقف عن تناول الطعام كلية ، واكتفى بشراب ماء اللوز فقط . وفى الرابع عشر من أغسطس ، أعلن أن الحالة التى يمر بها (niyama sallekhana) ، لن تستغرق سوى أسبوع واحد . وقد تناول ماء اللوز فى ذلك اليوم لآخر مرة ، ثم اكتفى بالماء العادى بعد ذلك . طلب العفو من جميع الحاضرين ، كما أخبرهم بأنه قد غفر للجميع. وبداية من الثامن والعشرين من أغسطس ، امتنع عن شرب الماء ، وأصبح مستغرقا تماما فى تأملاته ، كما بدأ أتباعه بالتجمع فى منطقة كونتالاجيرى .

فى اليوم الخامس والعشرين من صومه الكامل ، ألقى الرجل موعظة دينية مطولة ، خلص فيها إلى أن "الرحمة هى أساس الدين ؛ وعدم الإيذاء (ahisma) والصدق هما دعامتا الديانة اليانية . نحن نتحدث عن كل هذه الأشياء ، لكن قليلون منا فقط هم من يطبقون تلك المبادئ فى الحياة الفعلية ." وقد لفظ "الأشاريا" أنفاسه الأخيرة بعد أن قال : " احتراماتى للأرواح المثالية "(om nama siddhebhya) ، وبهذا انتهت حياة هذا القديس .

هل يمكن اعتبار وفاة "الأشاريا" انتحارا ؟ لقد اعتقد الأشاريا بشدة فى اختلاف الروح عن الجسد ، وفى أن الجسد الذى اعترته الشيخوخة لم يكن يمثل عونا له فى أن يحيا حياة القديس ، نظرا لأن إحساسه بالاعتمادية (dependence) كان يتزايد يوما بعد يوم ؛ فكانت الطريقة الوحيدة لمنع حدوث المزيد من الانتهاكات لعهود النساك ، هى اعتماد عهد "الساليخانا". وباختصار ، فقد كانت نيته المعلنة هى إنقاذ نفسه من الزلل فى تطبيق الشعائر والعهود الدينية .

وكما قال ماهافريا (Mahavria) ، وهو يتلو المعانى المجموعية المعتمدة لمجتمعه ، فهناك سبيلين للوفاة : الموت بإرادة المرء ، والموت ضد رغبته. والأخير مخصص "للجاهلين " المتعلقين بالمتع والمباهج الدنيوية ، والذين يعانون من الأمراض والعلل فى حياتهم ، ثم يموتون فى خوف من مستقبلهم. لكن الطيبين والمتعلمين ، أى الرهبان الذين تحكموا فى أنفسهم وأخضعوا حواسهم ، يحققون فى وفاتهم إما " التحرر من جميع صور البؤس ، أو طيبة القوة العظمى." وحتى عند وفاتهم ، يكون هؤلاء " متسمين بالهدوء والسكينة من خلال الصبر والعقل غير المشتت"(٥٩).

وفى حالتنا هذه ، لن يبدو الموت وفقا للإرادة الشخصية مشكلة صحية ، بل توكيدا للالتزامات الأخلاقية والروحانية التى تثرى الصحة العقلية للفرد وللمجتمع. وعلى هذا ، فمن الضرورى أن نضع فى اعتبارنا المعنى الثقافى "للانتحار" أو لأية حالة أخرى متعلقة بالصحة العقلية.

دعوة لإيجاد مقاربة متعددة الاهتمامات للانتحار

(A Call for an Interdisciplinary Approach to Suicide)

يساهم اعتبار المحدِّدات النفسية والاجتماعية للانتحار ، أى القيم الثقافية التى تشكل الاتجاهات الاجتماعية نحو الأفعال الانتحارية ، والأسباب المؤدية لتلك الأفعال وطرق تنفيذها ، فى فهم أوسع لمحدِّداتها (determinants) ، ومعانيها ، وتأثيرها العملى كمشكلة صحية وكدالة على جودة البيئة الاجتماعية . ويمكن أن يؤدى التركيز الضيق على المراضة النفسية إلى طمس المحدِّدات الاجتماعية للانتحار وإلى إيجاد برامج تفشل فى الاستجابة للانتحار. فالمبانى الشاهقة الارتفاع فى سنغافورة وهونج كونج تعتبر شائعة وقاتلة بالنسبة للمنتحرين قفزا (suicide jumpers). وتظهر قمم الجبال ، مثل المزار اليانى(*) فى منطقة شرافانا بيلاجولا ، أو الشلال الموجود فى منطقة هوجناكال فى جنوب الهند (وهو منتج تحول فى البداية إلى خلفية استخدمها فى السينما الهندية العشاق التعساء فى قتل أنفسهم ، قبل أن يبدأ العشاق الفعليون فى تقليد نجومهم المحبوبين) ، كيف يمكن أن تتحول سمات المنظر الطبيعى ، مثل المناطق المرتفعة أو الجسور ، إلى رموز مرضية[٦٩].

وفى محاولة لمواجهة مثل هذه الأخطار الجغرافية ، وضعت دائرة الصحة العقلية فى مقاطعة دوتشس (Dutchess) ، بالتعاون مع هيئة الجسور بولاية نيورك ، خطا تليفونيا للوقاية من الانتحار فوق جسر مد – هدسون (Mid-Hudson) فى مدينة بوكيبسى (Poughkeepsie) بولاية نيويورك ، يقدم خدمة الخط الساخن للطوارئ النفسية على مدار أربع وعشرين ساعة يوميًا. وقد تم استخدام هذه الخدمة ثلاثين مرة على مدى سنتين[٧٠]. للحاجات المدركة والأسباب الهامة المتعلقة بالانتحار فى مجتمع ما . ولهذا السبب ، يجب أن يفكر المخططون الصحيون (health planners) والقيادات الحكومية بجدية فى تأثير السياسات الاجتماعية ، والتى يمكن أن تؤدى إلى

(*) (Jain : اليانية ، دين هندى نشأ فى القرن السادس ق.م. قوامه تحرير الروح بالمعرفة والإيمان وحسن السلوك)– المترجم.

تمجيد العنف الذى يشجع على كل من القتل والانتحار ، وفى تأثيره على العلاقة بين السلوك الانتحارى وعمليات الانتحار المكتملة (completed suicides).

ينزع العاملون فى مجال الصحة العامة ، وعلماء الاجتماع ، والأطباء الممارسون ، للنظر إلى الموت وإلى الانتحار بطرق مختلفة . وتتباين مجالات اهتماماتهم كثيرا ، فهم يشددون، على التعاقب ،على الأنماط المختصرة (summary categories) ، وتصنيف أنواع وطرق الانتحار ، والقوى الاجتماعية المؤثرة على الأنماط المحلية للانتحار ، والأوجه الشخصية للقوة والضعف التى يجب أن تواجهها الاستشارة الإكلينيكية . ويجب أن تسهم كل من القوى الاجتماعية والضوائق الشخصية فى إيجاد تقرير عن الانتحار قادر على إرشاد كل من السياسات والممارسات .

وباختصار ، فسواء كان من الممكن الحكم على الانتحار كانعكاس للقيم الثقافية ، أو كتنازل عن مسئولية الاحتمال ، أو كمرض عقلى ، يكشف مدى الاحتمالات الكثير عن القيم ، وأوجه القوة ، والنقائص ، المتعلقة بالناس وبالعوالم الاجتماعية التى يعيشون فيها. وتحتاج برامج الصحة العقلية المعنية بالانتحار إلى التعرف على التفاعلات (التأثرات) الموجودة بين المثيرات الاجتماعية وأوجه القوة والضعف النفسية التى تحدد قدرة الفرد على مواجهتها . وبما أن مسألة كون الانتحار ، حسب تعريفه ، مرضا نفسيا ، قد تكون أقل أهمية من الأطر الاجتماعية أو الشخصية التى تستثير الإقدام عليه ، يجب على المهنيين الصحيين أن يتعرفوا ، ليس فقط على الأنماط التشخيصية ، بل وعلى الظروف الحياتية المحيطة بالشخص المعنى . وتحتل الوفيات الناجمة عن البائنات (المهور) ، والصراعات الاجتماعية ، والمشاجرات مع أهل الزوج ، والإيذاء الجسدى ، وغيرها من المصادر الاجتماعية للقنوط الشخصى (personal de- spair) ، ترتيبا متقدما فى كل من الإحصائيات الرسمية وبين أولويات مهنيى الصحة العقلية ، وغيرهم من الأطباء الممارسين ، والعاملين فى مجال الصحة المجتمعية ، وذلك فى المواقف التى يتم فيها استدعاؤهم لصياغة استراتيجية مفيدة للتدخل . وهناك حاجة للتدخلات ذات الاستجابة لهذه الأولويات ، وللاعتناق (التقمص العاطفى : empathy) ، ولتفهم معاناة وصراعات الآخرين ، من أجل بناء جسور التواصل وترسيخ العلاقات التى تجعل مقدم المعونة جديرا بالثقة (credible)[٧١]. وتبقى مع ذلك حاجة أيضا

للمبادئ المبنية على الأبحاث ، من أجل إرشاد جهود تقييم الخطر (assessment of risk) ، وتقديم العلاج الملائم .

الاستنتاجات

– حسب تقرير التنمية العالمى (World Development Report) لعام ١٩٩٣ ، تم تصنيف نحو ١,٦٪ من عدد الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب فى جميع أنحاء العالم لعام ١٩٩٠، والمقدر بنحو ٨٨,٩ مليون نسمة ، كوفيات متعمدة ومنزلة بالنفس ذاتيا (self-inflicted). وتعد معدلات محاولات الانتحار أكثر صعوبة فى تقديرها ، لكنه من المعتقد أنها قد تكون أكثر من تلك النسبة بعشرة أضعاف إلى عشرين ضعفا[٧٢]. وتمثل حالات الانتحار المكتملة ، والتى يزيد عددها على ١,٤ ملايين ، عبئا هائلا من الوفيات التى يمكن منع وقوعها ، والتى تعكس مزيجا من المثيرات الاجتماعية والأمراض النفسية . ويتم التركيز على الأمراض النفسية فى الدول التى تمتلك الموارد الكافية لدعم نظام الصحة العقلية. ويمكن للتركيز على الأمراض النفسية فى دول أوروبا الغربية ، وعلى المثيرات الاجتماعية فى آسيا وأفريقيا ، أن يعكس أيضا اختلافات ثقافية أوسع ، وهى التى تركز على قوة العوامل الشخصية ، وليس الاجتماعية .

– يؤكد الانتحار ، إلى الحد الذى يمكن به تفسيره كمرض نفسى قابل للعلاج ، الحاجة لأن يقوم مهنيو الصحة العقلية بصياغة البرامج العلاجية والوقائية . وفى البلدان التى لا يلعب فيها الطب النفسى سوى دورا محدودا (إن وجد) فى المناهج الدراسية الطبية ، من الضرورى أن يتم تدريب الأطباء والعاملين الصحيين على التعرف على عوامل الخطر ذات العلاقة فى البيئة المحلية التى يعملون فيها ، وعلى الموضوعات والمحفزات النمطية المرتبطة بالسلوك الانتحارى. ويجب أن يضمن التدريب أن يصبح الأطباء الممارسون والعاملون الصحيون قادرين على التعرف على الاكتئاب وعلى علاجه ، وعلى تقييم القابلية للانتحار بصورة روتينية ، وعلى التعرف على الأطر الاجتماعية التى ترتبط بمعدلات عالية للخطر ، والمساعدة فى علاجها .

– يجب أن يقوم المخططون بتقييم قدر الحاجة للموارد اللازمة لتقديم نوع من إدارة الأزمات (crisis management) والوقاية من الانتحار ، ضمن ما أطلق عليها تقرير التنمية العالمى الصادر عن البنك الدولى عام ١٩٩٣ "الخدمات الإكلينيكية الضرورية" (essential clinical services) ، والتيسيرات رفيعة المستوى. فالخطوط الهاتفية "الساخنة" تصبح غير ذات معنى فى الأماكن التى لا يمتلك فيها سوى قليل من الناس فرصة الوصول إلى الهاتف. ويمكن للتعرف على المؤسسات والقادة فى المجتمعات المحلية ، والعمل معهم ، أن يضمن كون السياسات الجديدة تتمتع بالحساسية الكافية لأوجه النقص الموجودة فى الظروف الواقعية. ويتوجب إيجاد رسائل تعليمية فعالة ، وبثها عبر وسائل الإعلام ، لإرشاد الجمهور إلى الخدمات المتاحة وتعريفهم على الطبيعة المؤقتة لكثير من النزعات التدميرية للذات. ومن أجل أن تكون الخدمات فعالة ، خصوصا حيث لا يعتبر الانتحار مشكلة صحية أو طبية ، سيؤدى فهم الطريقة التى يفسره الناس بها إلى تمكين البرامج الإكلينيكية والمجتمعية من زيادة الوعى بالأطر الاجتماعية النمطية ، ومن تقديم سبل للتدخل مقبولة وفعالة .

– يمكن للمراضة النفسية ، إلى الحد الذى يُعتبر فيه نتاجا صنعيا (artifact) للظروف الاجتماعية والمعانى الثقافية ، أن تضخم بصورة مبالغ فيها من سعة حتى أكثر خدمات الصحة العقلية فعالية على تقليل عدد حالات الانتحار ، وذلك إذا أغفل أحد البرامج دور القوى الاجتماعية الحيوية . وبصورة عامة ، فقد تعكس الأنماط المتبدلة للانتحار وجود عمليات أكثر اتساعا للتحول الاجتماعى . وعلى سبيل المثال ، يشير تأثير البطالة المتعلق بالعمر ، إلى القابلية المتزايدة للانتحار فى شباب المجتمعات التى أصبحت فيها شبكة الحماية (safety net) التى كانت توفرها فى السابق دعامات العلاقات الأسرية أقل فعالية . وقد أصبح استمرار العنف والحرب الأهلية مرتبطا بحدوث تحول من معدلات منخفضة إلى أخرى مرتفعة للانتحار ، مما يفسر نظرية ديركهايم عن الانتحار اللاأخلاقى (anomic suicide). وعلى الرغم من ذلك ، فلا يزال الجزء الأكبر من أسباب وجود معدلات مرتفعة للانتحار فى بعض المجموعات الإثنية (مثل التاميل فى الهند وسريلانكا) ، ومعدلات منخفضة بين زنوج أمريكا الذين يعيشون فى المدن الأمريكية الداخلية العنيفة ، غير مفسر حتى الآن .

– نتيجة للاختلاف الجذرى بين الأطر الاجتماعية للانتحار فى مكرونيزيا وفى سريلانكا ، أو فى أوغندا عن تلك فى بيرو ، يجب إقامة مراكز إقليمية للأبحاث المتعلقة بالانتحار ، من أجل دراسة أوجه التباين فى أطر الانتحار . وتحتاج هذه المراكز البحثية إلى دمج طرق مطورة لتسجيل البيانات (من أجل توفير إحصائيات إقليمية ووطنية موثوقا بها) ، مع وجود أبحاث مركزة على الارتباطات، والأطر ، والمعانى المحلية فيما يتعلق بالانتحار المكتمل وبمحاولات الانتحار . وهناك حاجة لوجود مسوحات حقلية متعددة الاهتمامات من أجل التعرف على العلاقات الموجودة بين السلوك الانتحارى وبين المعتقدات والممارسات الثقافية المختلفة . ويجب أن تقوم الأنشطة البحثية فى المجالات الإكلينيكية بدراسة محاولات الانتحار ، كما يجب أن تقوم الدراسات الحقلية باستقصاء محاولات الانتحار التى لا تستقطب اهتمام المهنيين الصحيين بصورة روتينية . وستؤدى التشريحات النفسية لما بعد الوفاة (psychologi- cal autopsies) لحالات الانتحار المكتمل ، وتلك السمات المميزة للحداد (bereave- ment) الناتج عن الانتحار وتأثيره على الأسرة ، والأصدقاء ، والزملاء ، والمهنيين الصحيين ، إلى نقل الأبحاث الاجتماعية المتعلقة بالانتحار بعيدا عن الإحصائيات الروتينية ، كما ستقدم معلومات عملية عن الأنشطة الوقائية .

– تشير الأدلة المتوافرة حاليا إلى أن العنف المنزلى ، والتحرشات المتعلقة بالبائنات ، والتقليل من قيمة المرأة ، تمثل مجموعة من المثيرات التى ينتج عنها عدد من حالات الانتحار بين النساء أكثر منه بين الرجال فى الكثير من البلدان . ويشير العدد المتزايد من الوفيات المسجلة الناتجة عن البائنات فى جنوبى آسيا إلى تنامى الوعى بالمشكلة وتحمل البرامج التى قد تزيد من فرص المساواة والاستقلال للمرأة (والمذكورة فى الفصل الثامن) احتمالا كبيرا لمنع وقوع هذه الحالات الانتحارية .

– أظهرت بعض السياسات الاجتماعية بعينها تأثيرا على معدلات الانتحار ، خصوصا فى المجتمعات التى يمكن فيها التحكم فى الوسائل الشائعة للانتحار . فيمكن للحد من توافر الأسلحة النارية اليدوية أن يقلل بصورة معتبرة من عدد حالات الانتحار والقتل فى المناطق التى تتوافر فيها هذه الأسلحة ويشيع استخدامها . وفى المجتمعات

الزراعية ، تحمل سهولة الوصول إلى المبيدات الحشرية المميتة تحديا مشابها للأبحاث العلمية الأساسية من أجل إنتاج بدائل أقل سمية ، وللسياسات الاجتماعية من أجل التقليل من استخدامها بغرض الانتحار. ويجب أن يضمن التثقيف الصحى للممارسين الطبيين ولعامة الناس الذين يرتبط عملهم باستخدام الكيماويات الزراعية ، أن تتوافر الخبرة بالترياقات (antidotes) من أجل الاستجابة لحالات ابتلاع هذه المواد بأسرع وأكفأ صورة ممكنة .

– يمكن أن تؤدى حالات الانتحار التى تشتهر أخبارها عبر وسائل الإعلام إلى تحفيز السلوك الانتحارى فى الآخرين ، وهو ما يسمى "حالات الانتحار بالتقليد" (imitative suicides). ويبدو المراهقون معرضين للخطر على وجه الخصوص . وسيؤدى تحسن الفهم لهذه الظاهرة لتمكين مسئولى المدارس ومهنيى الصحة العقلية من التعرف على المواقف التى تزيد من خطر الإقدام على الانتحار ، ومن الاستجابة بصور الدعم والتثقيف الملائمة من أجل التغلب على تلك المواقف .

– وعلى الرغم من أن الانتحار يعتبر ، على الأقل إلى حد ما ، مشكلة فى كل مكان ، إلا إن الوصمة والاستنكار المصاحبين له ليسا مطلقين . فحالات الانتحار التى تقدسها الثقافة المحلية كاستجابة للتعرض للإذلال ، أو الترمل ، أو العجز ، أو من أجل التلاعب بالأحداث السياسية ، تظهر أن لذلك الفعل معان وعواقب متعددة. وقد نتج عن الأسئلة المتعلقة تقديس الانتحار والمساعدة عليه فى بعض المواقف المحددة ، خلافا حادا. ويجب أن يضع هذا الخلاف فى اعتباره أهمية ، وآثار ، وأخلاقيات تقديس حالات الانتحار بالنسبة لأولئك الذين يفكرون فيه جديا ، وبالنسبة لأسرهم وأصدقائهم ، والمهنيين المسئولين عن رعايتهم ، وبالنسبة للمجتمع. ويقدم هذا الخلاف تحديا لعلماء الأخلاق (ethicists) ، ولصناع السياسات ، والممارسين الطبيين ، من أجل تمحيص الحاجات المحددة الناتجة عن الأطر المحلية .

الهوامش

(١) المصدر : World Bank, 1993a.

(٢) المصدر : Diekstra and Gulbinat, 1993.

(٣) المصدر : Diekstra, 1993.

(٤) المصدر : Banerjee et at., 1990.

(٥) المصدر : Shukla et al., 1990.

(٦) المصدر : Lester, 1982.

(٧) المصدر : Van Winkle and May, 1993; Kraus and Buffler, 1979.

(٨) المصدر : Ackerman, 1993.

(٩) المصدر : Diekstra, 1993; Klennan, 1987.

(١٠) المصدر : Garrison et al., 1991.

(١١) المصدر : National Center for Health Statistics, 1992.

(١٢) المصدر : Reuter Textline, 1993. 13.

(١٣) المصدر : Rubinstein, 1983:658.

(١٤) المصدر : Rubinstein, 1984:91-92.

(١٥) المصدر : Johnson,1981:326.

(١٦) المصدر : Rubinstein, 1983:660.

(١٧) المصدر : Hezel, 1984:200-02.

(١٨) المصدر : Finau and Lasalo, 1985:103.

(١٩) المصدر : nau and Lasalo, 1985; Hezel, 1984; Johnson, 1981; Macpherson and Macpherson, 1984; and Rubinstein, 1983, 1984.

تم استقاء المعلومات الواردة بهذا الإطار من الأبحاث التي أجرتها آن بيكر Becker، من قسم الطب الاجتماعي بجامعة هارفارد.

(٢٠) المصدر : انظر Gould and Shaffer, 1986; Eisenberg, 1986a; Schmidtke and Hafner, 1988; Taiminen et al., 1992; Jonas, 1992, Gould et al., 1990.

(٢١) المصدر : .Gould and Shaffer, 1986

(٢٢) المصدر : .Murphy and Wetzel, 1990

(٢٣) المصدر : .Henriksson et al., 1993

(٢٤) المصدر : .Rich et al., 1986

(٢٥) المصدر : .Marzuk et al., 1992

(٢٦) المصدر: .Goldacre et al., 1993؛ ولا تزال النظريات النفسية الأخرى لتفسير الانتحار تتميز بتأثيرها القوى، كما لا يزال الأطباء المتخصصين بالطب النفسى البيولوجى Biological psychiatrists فى بحثهم المتفائل عن العوامل المتعلقة بالانتحار، وذلك بالتركيز على دور السيروتونين وغيره من أحاديات الأمين monoamines ، انظر (Traskman-Bendz et al., 1993) وفسرت الدراسة المنشورة لفرويد Freud عام ١٩١٧ بعنوان " الحداد والسوداوية " " Mourning and Melancholia " ، النزعات الانتحارية على أنها انقلاب عدائية الفرد على نفسه. ويميل علماء التحليل النفسى المعاصرون إلى تفسير الانتحار فى إطار نظرية العلاقة بين الأشياء object relations theory؛ انظر(Buie and Maltsberger, 1983).

(٢٧) المصدر : .Guze and Robins, 1970

(٢٨) المصدر : .Rutz et al., 1989

(٢٩) المصدر : .Rimer et al., 1990

(٣٠) المصدر : .Schneidman, 1993

(٣١) المصدر : .Durkheim, 1951

(٣٢) المصدر : .Bloor, 1980

(٣٣) المصدر : .Morrell et al., 1993

(٣٤) المصدر : .Kreitman and Platt, 1984

(٣٥) المصدر : .Pritchard, 1992

(٣٦) المصدر : .Platt et al., 1992

(٣٧) المصدر : .Counts, 1990b

(٣٨) مرجع سابق ؛ ص ١٦٠-١٦١.

(٣٩) المصدر : .Banerjee, 1990; Shukla et al., 1990

(٤٠) المصدر : .Pitchford, 1991

(٤١) المصدر : مجلة .The Economist, 1992

(٤٢) المصدر : .Kearney and Miller, 1985

(٤٣) المصدر : .Straus and Straus, 1953

(٤٤) المصدر : .Silva, in press

(٤٥) المصدر : .O'Ballance, 1989

(٤٦) المصدر : Silva and Pushpakumara, in press.

(٤٧) المصدر : Ganesvaran and Rajarajeswaran, 1988.

(٤٨) المصدر : مقتبسة من Silva and Pushpakumara, in press.

(٤٩) المصدر : Soni Raleigh, 1993.

(٥٠) المصدر : Murphy et al., 1986.

(٥١) المصدر : Tatai and Tatai, 1991.

(٥٢) المصدر : Fishbain and Aldrich, 1985.

(٥٣) المصدر : Joseph, 1991.

(٥٤) المصدر : Basham,1959

(٥٥) المصدر : Shaffer, 1993.

(٥٦) المصدر : Nowak,1992.

(٥٧) المصدر : Jeffery et al., 1984; Patel, 1989.

(٥٨) المصدر : جريدة India Today, 1990.

(٥٩) المصدر : معدلة من Tukol, 1976.

(٦٠) المصدر : Berger, 1988.

(٦١) المصدر : Bowles, 1985.

(٦٢) المصدر : Berger, 1988.

(٦٣) يمكن الاستشهاد بأمثلة أخرى من غينيا الجديدة وغيرها من المناطق؛ انظر Bowles, 1985.

(٦٤) المصدر : Tousignant and Mishara, 1981.

(٦٥) المصدر : Eferakeya, 1984.

(٦٦) المصدر : Loftin et al., 1991.

(٦٧) المصدر : Meehan et at., 1991.

(٦٨) المصدر : Kellerman et at., 1992.

(٦٩) المصدر : Shetty and Nikam, 1993.

(٧٠) المصدر : Glatt, 1987.

(٧١) المصدر : Kleinman, 1991.

(٧٢) المصدر : Diekstra and Gulbinat. 1993.

الفصل الرابع

معاقرة الكحول والمخدرات (إساءة استخدام المواد)

[Substance Abuse]

تمثل إساءة استخدام المواد (substance abuse) مشكلة واسعة الانتشار تفرض كلفة باهظة على سكان العالم. ويجد تقرير التنمية العالمى الصادر عن البنك الدولى عام ١٩٩٣ أن الأمراض المتعلقة باستهلاك الكحول تصيب ما بين ٥ و١٠ بالمائة من سكان العالم سنويا ، كما كانت تمثل قرابة ٢٪ من العبء العالمى للأمراض (GBD) فى عام ١٩٩٠[١]. وعلى الرغم من صعوبة التوصل إلى استنتاجات محددة فيما يتعلق بالعبء الناجم عن المواد الأخرى ، مثل الهيروين (heroin) والكوكايين (cocaine) ، فإن التأثيرات الاجتماعية لإدمان هذه المواد واضحة فى عدد متزايد من البلدان. وترتبط العوامل الاجتماعية (بما فيها التحولات الاجتماعية ، والتمدن السريع ، والتباين المتنامى بين الجماعات المختلفة فى المجتمع) بتعاطى العقاقير، إذا لم تكن مسببة له بصورة مباشرة .

وتنافس النقود المشتملة فى بيع العقاقير المحظورة (ناهيك عن الطباق والكحول) فى كثرتها دخل الصناعات النفطية. ولا تتركز تلك المبيعات بحال من الأحول بصورة أساسية فى الدول الصناعية الشمالية ؛ إذ يوجد قسم متزايد من "سوق" العقاقير المحظورة حاليا فى آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية. كما يمثل انتشار تدخين الطباق بين الشباب ، وتفشى تناول الرياضيين ولاعبى كمال الأجسام لعقاقير الستيرويدات الابتنائية (anabolic steroids) ، مشكلات متعلقة بالصحة العامة ،

وكذلك يفعل احتمال إساءة استخدام (إدمان) العقاقير النفسانية التأثير التى يتم الحصول عليها بوصفة طبية أو التى يتم بيعها بصورة غير شرعية ، والعقاقير التقليدية (مثل القات) التى يشيع استخدامها فى بعض المجتمعات.

وتعادل التكاليف البشرية والاقتصادية المرتبطة بالمراضة والوفيات الناجمة عن إدمان العقاقير الكحول ، أية مكاسب مادية قد تجنيها الحكومات من خلال فرض الضرائب أو غيره من الإجراءات الاقتصادية. ويلقى إدمان المخدرات بحمله من خلال العدد المحتمل من سنوات الحياة البشرية المفقودة نتيجة للوفيات بسبب العنف أو الحوادث ، ومن خلال تخدير الشباب الذين يصبحون ، نتيجة لذلك ، غير قادرين على العمل المنتج ، ومن خلال إلقاء أعباء إضافية على كاهل جهاز الرعاية الصحية المصاب بالقصور بالفعل ، ومن خلال تيسير انهيار المجتمع. ويفوق تأثير استنزاف الموارد البشرية والاقتصادية على المدى الطويل كثيرا أية مكاسب قصيرة الأجل.

ما هى إساءة الاستخدام (المعاقرة) وما هى أسبابها ؟

(What Is Abuse and What Are Its Causes?)

من الأسهل أن نصف معايير وحدود استخدام العقاقير ، والكحول ، والطباق من أن نعرّف طبيعة ، وحدود، وتأثيرات إساءة استخدام المواد . فأين ينتهى الاستخدام وتبدأ إساءة الاستخدام ؟ وتحدث إساءة استخدام المواد ضمن إطار اجتماعى . فيتأثر استعداد شخص ما لاستخدام المواد المخدرة، وردة فعله تجاه استخدامها ، بعدد من العوامل مثل مدى توافر هذه المواد ، والأعراف الثقافية المتعلقة باستخدامها ، والاستجابة المجتمعية ، والترتيبات المالية ، كما أنها ترتبط أيضا بالشعور بالإحباط ، وعدم إشباع الحاجات ، والحاجة للهرب من المواقف غير المحتملة للظلم الاجتماعى (social inequity).

ويعتبر إساءة استخدام المواد [المخدرة] موجودا عندما :

(١) يتم تقويض الوظيفة الاجتماعية والاقتصادية للمتعاطى (user).

(٢) يؤدى الاستخدام إلى حدوث تأثيرات طبية شديدة ومحتمل كونها غير عكوسة (irreversible).

(٣) يجبر الأفراد على تعاطيها بغرض الاستغلال (exploitation).

(٤) يهدد مستوى استخدامها بتقويض (undermine) المؤسسات الاجتماعية .

(٥) يسبب التوقف عن التعاطى أعراضا انسحابية (withdrawal symptoms) جسدية ونفسية عنيفة ، وغيرها من أنواع المراضة .

(٦) يبحث المتعاطون عن العقار حتى وهم يعلمون بتأثيراته الضارة .

وبكلمات أخرى ، فإن إساءة استخدام المواد يتضمن حدوث التعطل الوظيفى (functional impairment).

وقد لفتت منظمة الصحة العالمية ،من خلال إصدارها للطبعة العاشرة من كتاب "التصنيف الدولى للأمراض" (ICD-10) ، الانتباه إلى مشكلة الاعتماد على العقاقير (drug dependence) كأحد العناصر الحيوية فى تسبيب المراضة الصحية المرتبطة بإدمان المخدرات . ويكرس كتاب التصنيف الإحصائى الدولى للأمراض ، وهو دليل تشخيصى يستخدم لتعريف وتصنيف الاضطرابات الجسدية ، والعقلية ، والسلوكية ، قسما كاملا يتناول استخدام ، وإساءة استخدام ، والاعتماد على المواد النفسانية التأثير ، بما فيها الكحول ، والأدوية الموصوفة طبيا والعقاقير المحظورة . وتصنف هذه التشخيصات باستخدام شفرات مكونة من خمسة رموز (5-character codes) ، من أجل التحديد الدقيق لمدى انغماس المرء فى معاقرة الكحول ، والأفيونيات (opiates) ، ومشتقات الحشيش (cannabinoids) ، والمنومات (hypnotics) ، والمثيرات (stimu- lants) ، وعقاقير الهلوسة (hallucinogens) ، والمذيبات الطيارة (volatile solvents)، والمواد المتعددة (polysubstances) [انظر إطار ٤-١].

وبرغم وجود هذه المعايير الموضوعية والقابلة للقياس نسبيا ، كثيرا ما يكون من الصعب إقناع الأفراد ، وصانعى السياسات ، وغيرهم ، بأن الإدمان قد يكون موجودا بالفعل. وينكر الناس فى جميع أنحاء العالم وجود إساءة استخدام المواد [المخدرة] عندما يمكن إظهار أن المتعاطى يمكنه ، أو قد يمكنه ، التحكم فى الاستخدام . وتستخدم هذه التبريرات العقلانية أكثر ما تستخدم عند مناقشة التأثيرات الضارة لاستخدام الطباق ، والذى يعتبر قانونيا فى أغلب مناطق العالم ، والذى كثيرا ما يتم بيعه من خلال الشركات الاحتكارية (monopolies) التابعة للدولة، أو يتم تسويقه بمعرفة الشركات العالمية بدعم من الحكومات ، والذى يتسبب فى حدوث عدد من الوفيات أكبر بكثير من تلك الناتجة عن جميع المواد النفسانية التأثير الأخرى مجتمعة [٢].

وكثيرا ما تنقل "إساءة استخدام" المواد [المخدرة] ، للمجتمع الطبى ، ولصانعى السياسات ، وللمجتمع ، صورة غاية فى السلبية عن متعاطى المخدرات . وكثيرا ما تتم إعاقة توجيه دعم أوسع للجهود الوقائية والعلاجية ، بفعل الإحساس بكون "المتعاطى" (abuser) شخصا سيئا أو مشكوكا فى أخلاقياته . ولذلك ، يمكن لتركيز منظمة الصحة العالمية على التأثيرات الصحية للاعتماد على المواد المخدرة (فيما يتعلق أساسا بالطبعة العاشرة لكتاب التصنيف الدولى للأمراض) ، أن يشجع تخصيص المزيد من الموارد لجهود الوقاية والعلاج .

ويرجع استخدام العقاقير المنتجة طبيعيا بجذوره فى عمق العديد من الثقافات . وعلى سبيل المثال ،فإن عادة مضغ أوراق الكوكة (coca : نبتة يستخرج منها الكوكايين) بين هنود الكوينشوا (Quenchua) والأيمارا (Aymara) الذين يعيشون فى هضاب الإنديز ، والمضغ (والتدخين) المتقطع للأفيون (opium) بين أفراد قبائل الكارِن (Karen) ، والأكاه (Akkah) ، وغيرهما من "قبائل التلال" (hill-tribe) فى تايلاند ، ولاوس ، وبورما ، يجب أن ينظر إليها كاستخدام ، وليس كإدمان ، لهذه المواد. ويمّكن استخدام المواد النفسانية التأثير بعض الناس والجماعات من احتمال صعوبات الحياة اليومية. وقد يؤدى هذا الاستخدام فى كثير من الأحيان إلى نوع من الاعتمادية التى لا يتم التعرف عليها ولا محاولة حلها. كما أن الاستخدامات الأخرى للمواد النفسانية التأثير ، كالاحتفال بالمناسبات الاجتماعية ، وخصوصا فيما يتعلق

بالأنشطة البارزة ثقافيا ، سواء تلك الدينية أو غيرها ، مثل الشامانية (shamanism) والعلاج الشعائرى ، لا تنطوى بالضرورة على وجود الاعتمادية أو الإدمان .

ولا يتسم الاستخدام دائما بكونه اختياريا (voluntary). وبرغم أن تقليد إعطاء المواد النفسانية التأثير للعمال لكى يتحملوا ظروف العمل القاسية كان مقبولا فى الكثير من المجتمعات فى الماضى ، إلا أن استخدام هذه المواد لتسهيل احتمال العمل الطويل والشاق (والزهيد الأجر) ، لم يعد ينظر إليه كغاية اختيارية ، بل كاستخدام قسرى تفرضه الظروف الاقتصادية. وبالفعل ، تكون الأمراض النفسنية الصريحة والمراضة النفسانية أكثر احتمالا للظهور تحت الظروف المشحونة بالتوتر ، حيث يعتمد العمال على هذه المواد للتعايش مع الملل ، ومتطلبات العمل الشاق ، والظروف المعيشية المزرية .

إطار ٤-١ : تعريف اصطلاحات الدليل ICD-10

-الانسمام الحاد [Acute intoxication] : يعتبر الانسمام الحاد حالة مؤقتة تلى ابتلاع مادة ما ، وتصاحبها أعراض تعطل الوظائف الإدراكية (cognitive) ، أو الوجدانية ، أو السلوكية . وتقل تأثيرات المادة بمرور الوقت بعد التوقف عن تعاطيها ، مما ينتج عنه زوال الأعراض المرضية . وهناك ثمانية أنماط محددة للانسمام الحاد فى الدليل ICD-10 ، وهى تتراوح بين تلك "غير المصحوبة بالمضاعفات" ، إلى المضاعفات العقلية والجسدية الأكثر خطورة مثل الهذيان ، أو الغيبوبة ، أو الإصابات الجسدية الأخرى .

– الاستخدام الضار [Harmful use]: وقد تم تصنيفه كنمط اعتيادى للتورط فى تعاطى مادة مضرة بالصحة . وقد يكون هذا الضرر جسديا ، مثل الإصابة بالتهاب الكبد أو تشمعه (تليفه :cirrhosis) ، أو عقلية ، مثل ترسيب نوبة من الاكتئاب بعد الإفراط فى تعاطى الكحول .

– متلازمة الاعتماد [Dependence syndrome]: وتصنف على أنها رغبة شديدة قاهرة (حاجة استحوانية : compulsive need) للحصول على مادة ما ، يصاحبها عدم قدرة المرء على التحكم فى معدلات التعاطى أو على تحديد مستويات الاستهلاك . وفى وجود هذه المعايير ، يتعرض الشخص لاحتمال مادة معينة والتعود عليها . ويضع الشخص المعتمد على مادة ما ، أولوية ملحة للحصول على "الجرعة" التالية على حساب غيرها من الحاجات الشخصية ، وخصوصا من أجل التخلص من الإحساس بالتأثيرات الكريهة لمتلازمة الانسحاب (withdrawal syndrome). وتحدث

حالة انسحابية فيزيولوجية بعد الانقطاع عن تناول المادة المخدرة أو تخفيض جرعتها بفترة وجيزة ، كما إن هناك زيادة ملحوظة فى قدر الوقت اللازم لكى يتعافى الشخص من تأثيرات المادة المخدرة . وعلى الرغم من هذه العواقب غير المستحبة ، يستمر تعاطى الشخص لهذه المادة .

– متلازمة الانسحاب [Withdrawal syndrome] : توجد هذه المتلازمة عندما يعتمد الشخص فيزيقيا على مادة ما . ويصنف الانسحاب كمجموعة من الأعراض المتباينة الشدة ، والتى تحدث عند الانسحاب المطلق أو النسبى لمادة ما بعد فترة من الاستخدام المتكرر و/أو الجرعات العالية من هذه المادة ، والتى عادة ما تحدث على مدى فترة طويلة من الزمن . وتتميز بداية ومسار الحالة الانسحابية بكونها محدودة بالزمن (time-limited) ، كما ترتبط بنوع المادة وبالجرعة المستخدمة قبل الانقطاع مباشرة . وتتراوح الأعراض المحددة حسب نوع المادة المستخدمة . وتشتمل شفرات تصنيف الدليل ICD-10 على الانسحاب غير المضاعف (uncomplicated with-drawal) ، وحالة الانسحاب مع الهنيان ، والمصحوب باضطراب نهانى (psychotic) تشتمل هذه الفئة التصنيفية على سبعة أعراض مرضية محددة) . وتضم الاضطرابات النفسية القلق ، والاكتئاب ، والاضطرابات المتعلقة بالنوم. وفى حالات الانسحاب الكحولى ، يوجد الهنيان الارتعاشى (delirium tremens) ، كما يرى نمطيا فى المتعاطين شديدى الاعتمادية على الكحول ، والذين هم من ذوى التاريخ الطويل لمعاقرة الخمر . وتضم الأعراض المصاحبة الأرق (insomnia) ، والارتعاش (tremulousness) ، والخوف[٢].

وترى هذه الصورة فى أجزاء متعددة من العالم ، حيث يسبب الترويج غير القانونى للهيروين أو الكوكايين بين مجموعات المراهقين أو ذوى المهن الهامشية فى إحداث خراب هائل . وقد أدى نشر المواد غير التقليدية بين أفراد جماعات معينة إلى حدوث أوبئة من الإدمان . وعندما ينظر إلى المواد المحتمل إساءة استخدامها – كالعقاقير المحظورة ، والكحول ، والطباق – من منظور السياسات ، ومن حيث القدر الظاهر من المراضة والوفيات ، يجب أن يتم تناولها بمنظور مختلف لكل من مقاربات الوقاية ، والعلاج ، وتطوير السياسات .فالتأثير الاقتصادى، وفرصة الاستغلال ، وطبيعة عمليات تداول (traffic) المواد غير المشروعة ، والتأثيرات الطبية والنفسية لاستخدام وإساءة استخدام هذه المواد ، تختلف عن بعضها البعض تماما .

وكثيرا ما تكون إساءة استخدام العقاقير ناتجة عن التحولات الاجتماعية السريعة (وحتى الاضطرابات الاجتماعية) التى تنجم عن عوامل مثل التحديث (modernization)

والتمدن (urbanization) السريعين ، والصراعات المدنية ، والصعوبات الاقتصادية المفرطة. وعلى سبيل المثال ، يتعرض سكان العديد من الدول لتجربة مزعزعة للاستقرار (destabilizing process) ، حيث ينتقل المراهقون والشبان من مناطق ريفية تقليدية فى القرى بصورة كبيرة ، إلى بيئات حضرية ، كوزموبوليتانية ، و"حديثة" . ومن النتائج الشائعة لمثل هذه الحركات ، صدمة الحضارة (culture shock) ، والصراعات ، وفقدان القيم ، والإحساس بالهامشية - وكلها مرتبطة بحدوث أزمة الهوية (crisis of identity). وينجذب شباب الريف إلى ما يتخيلون أنه القيم والأنماط الحياتية الكوزموبوليتانية (العالمية : cosmopolitan) ، لكنهم كثيرا ما يفشلون فى "النجاح" فى مثل هذه المواقف ، فهم يمتلكون القليل من وسائل الدعم والموارد الضرورية التى يمكنهم اللجوء إليها عندما يواجههم الفشل فى تحقيق الأحلام[٤].

وبالإضافة إلى ذلك ، يمكن أن يضعف الانتقال إلى المدينة من الروابط الأسرية الموجودة بالفعل ، وأن يسهم فى إحداث الفجوة بين الأجيال. ويعانى الكثيرون من ضغوط هائلة أثناء صراعهم فى مواطن النسيان (limbo) ، ليجدوا أنهم لم يعودوا يمثلون جزءا من الثقافة التقليدية القروية الارتكاز (والشبكة الاجتماعية التدعيمية هناك) ، بل ويكتشفون أيضا أنهم ليسوا مندمجين بصورة كاملة وفاعلة داخل البيئة الحضرية الحديثة (التى كثيرا ما تكون مغرية). وبذلك ، ينتج عن الهجرة إلى مدن الأكواخ (shantytowns) والأحياء الفقيرة للمدن ، أو حتى إلى المناطق الأكثر رحابة ، الشك والارتياب والصراعات المتعلقة بالهوية الشخصية و"الانتماء" (belongness) التى كثيرا ما ارتبطت ببداية تعاطى المخدرات ، وإساءة استخدامها (إدمانها) فيما بعد .

أما أولئك الذين لا يهاجرون إلى المدن ، لكنهم ينشأون فى مدن الأكواخ وغيرها من المناطق الحضرية ، فهم يتعرضون لضغوط مماثلة. وفى العديد من بلدان جنوب شرقى آسيا ، يعتبر "التسكع" فى أروقة المجمعات التجارية من وسائل شغل أوقات الفراغ بالنسبة للشباب العاطلين عن العمل. ويصيب الوجود المستمر للبضائع المغرية بالإحباط من خلال التعذيب[*] ويصبح الأقران أهم المؤثرات الفاعلة فى مثل هذه

(*) (tantalization : بإدناء شئ مرغوب فيه ثم إبعاده على نحو متواصل).

الظروف. وتكون المخدرات ، فى بداية الأمر ، ميسورة وزهيدة الثمن ، كما يقدم الأفيون ، والهيروين ، وغيرهما من المواد المخدرة ، مهربا من الإحباط الناجم عن عدم قدرة المرء على الحصول على ما يشتهيه. ويدفع الضجر المطلق للوجود (existence) البعض الآخر للبحث عن مهرب من خلال تعاطى العقاقير المخدرة. ويمكن أن يسهم هذا الإحباط فى إساءة استخدام المواد [المخدرة] والأفعال المعادية للمجتمع .

وكثيرا ما تكون المجموعات السكانية المعرضة للخطر بصورة خاصة ، هدفا مباشرا للحملات الإعلامية التى تتناول آمال وإحباطات الناس (برغم أنها لا تتنبه للتأثيرات الضارة للكحول ، والطباق ، وغيرهما من المخدرات). وقد أسهمت أيضا الفرص الاقتصادية المرتبطة بالتنمية فى بعض المجتمعات ، والهجرة الجماعية إلى أماكن تتمزق فيها الروابط الاجتماعية التقليدية ، فى تجريم (criminalization) تعاطى وإدمان العقاقير [المخدرة]. وينظر مروجو المخدرات العالميين إلى بعض المجتمعات كأسواق للاستغلال المحتمل. ويعتبر الفقراء والهامشيين أهدافا سهلة لتجارة المخدرات ، وكذلك الشباب وصغار البالغين من جميع الخلفيات الثقافية ، الذين يسهل التأثير عليهم ، والذين يتأثرون بضغوط الأقران (peer pressure).

وتلعب الظروف الاقتصادية دورا قويا فى تحديد معدلات الإدمان . وقد وجد برينر (Brenner) أن هناك زيادة فى مبيعات الجعة (البيرة) والنبيذ أثناء فترات الركود الاقتصادى وارتفاع معدلات البطالة : فترتفع معدلات استهلاك الكحول بانخفاض معدلات الثبات الاقتصادى ، كما أن التأثيرات السلبية للركود الاقتصادى الوطنى (national recession) على الدخل الفردى وعلى فرص العمل " دائما ما تتبعها ، خلال سنتين إلى ثلاث سنوات ، زيادة فى معدلات الوفيات الناتجة عن تشمع (تليف : cirrhosis) الكبد"(٥). وقد وصف فردريك إنجلز (Engels) ، الذى عاش فى القرن التاسع عشر ، وجود سلسلة سببية (causal chain) تربط بين توافر الكحول وبين معدلات استهلاكه ، والتى ترتبط فى الوقت نفسه ، بتفشى المشكلات الصحية والاجتماعية المتعلقة بمعاقرة الخمور(٦).

وتوضح المكسيك طبيعة الموقف الموجود فى العديد من البلدان حيث تتشعب مشكلة إساءة استخدام العقاقير [المخدرة] ، وحيث يتمثل العرف فى تعاطى العديد

من العقاقير (multidrug use)[٧]. وتظهر التقديرات أن إدمان المخدرات فى المكسيك هو مشكلة حضرية (urban) فى المقام الأول ؛ إذ أن إدمان المخدرات لا يعتبر من بين مشكلات الصحة العامة فى المناطق الريفية . وتتراوح أعمار أغلب مدمنى المخدرات فى المناطق الحضرية بين ١٢ و٢١ عاما. ويستخدم الأطفال الأصغر سنا من أبناء الطبقات الفقيرة المستنشقات (inhalants) والمذيبات (solvents) ؛ أما المراهقون ، الأكبر سنا والأكثر غنى ، فعادة ما يستخدمون الماريجوانا (marijuana). ومن الواضح أن هناك زيادة فى استخدام عقاقير الباربيتورات (barbiturates) ، والأمفيتامينات (amphitamines) ، حيث يفضل صغار البالغين تعاطى الباربيتورات والمهدئات (tranquilizers). وبالإضافة إلى الحدود الشمالية للمكسيك ، فقد وجدت زيادة فى عدد المكسيكيين الذين يتعاطون الهيروين[٨].

الكحول

يعمل الكحول كمخمّد (depressant) للجهاز العصبى المركزى. وتتراوح تأثيرات الكحول على المتعاطى بين إحداث شعور بزوال المثبطات (disinhibition) ، والاسترخاء ، والطمأنينة ، إلى تغيرات سلوكية لا تكيفية (maladaptive) يمكن أن تظهر فى صورة الاكتئاب ، أو العدوانية ، أو السلوك العنيف ، وتلعثم الكلام ، والخدر (stupor) ، وعدم القدرة على العمل بصورة مترابطة منطقيا. ومن المعروف جيدا أن التعاطى المفرط والطويل الأمد للكحوليات يؤدى إلى حالات ذهانية خطيرة وغير مرتجعة ، وإلى الهذيان الارتعاشى ، والهلاوس الكحولية (alcoholic hallucinations)[٩]. ونحن نفتقر إلى البيانات الموثوقة عن شدة وعواقب المشكلات المتعلقة بالكحول فى المجتمعات غير الغربية باستخدام معايير دليل التصنيف الدولى للأمراض (ICD) ، لكن العديد من الدراسات يشير إلى الحجم الهائل لهذه المشكلة. ويظهر كل من المؤشرات أن النمو الحادث فى معدلات استهلاك الكحول فى الدول غير الغربية مستمر بلا توقف[١٠]. وقد قدّر دافيد كومز (Coombs) وجيرالد جلوبتى (Globetti) ، على سبيل المثال ، أن ١٥ إلى ٢٠ بالمائة من البالغين فى أمريكا اللاتينية هم إما من مدمنى الخمر (الكحوليون : alcoholics) أو من المسرفين فى تعاطيها[١١].

وقد أصبحت المشروبات الكحولية من سلع العديد من اقتصاديات السوق الناشئة[١٢]. وقد حققت تكتلات (conglomerates) تجارة الخمور فى الغرب ، وفى العديد من البلدان غير الغربية ، خطوات قوية من أجل الحصول على حصص كبرى من الأسواق الأجنبية ، بالإضافة إلى الحصول على معامل أجنبية للتقطير (distilleries) ، ومصانع لتعبئة زجاجات الخمور ، ومنافذ لمبيعات التجزئة (retail outlets). ويضغط كبار مقطرى الخمور من أجل تطبيق قوانين الضرائب التى تعمل لمصلحتهم. ويزداد بسرعة حدوث التوسع إلى أسواق الخمور فى البلدان المنخفضة الدخل ، والسيطرة عليها . وتمثل دول أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية فى الوقت الحاضر واحدة من أسرع المناطق نموا لاستيراد كل من الخمور القوية والبيرة ، بحيث أصبحت تمثل ما بين ١٥٪ و٢٥٪ ، على الترتيب ، من الحجم العالمى الكلى لاستيراد هذه المواد[١٣]. وبالإضافة إلى الدول الغربية ، تعد الصين وشيلى من بين أكبر منتجى ومصدرى الكحول فى العالم. ويجب أن تضاف جميع إحصائيات تصدير واستيراد الكحول إلى البيانات المتعلقة بالتصنيع المحلى ، والذى يزداد بمعدلات متسارعة ، مع سعى كل من المؤسسات الوطنية والدولية لإيجاد المزيد من أسواق الكحول .

وتتخطى الأوجه الاقتصادية للكحول الحدود الرسمية للسوق التجارية ، حيث تضغط الشركات من أجل وجود أقل عدد ممكن من النظم والقوانين ، وحيث قد يتلو ذلك تثبيط الإنتاج غير التجارى للمشروبات الكحولية . وقد تم تتجير (commerciali-zation) حتى شركات "التخمير المنزلى" فى المناطق الريفية. وفى بعض المناطق ، يتفق أهالى القرية فيما بينهم على اختيار من منهم سيقوم بتخمير (brew) الجعة فى أوقات محددة ، بما أنه إذا قام فرد واحد بعمليات التخمير فى جميع الأوقات ، لن تستفيد من ذلك سوى أسرة واحدة .

وفى بعض المناطق ، تكون عمليات التخمير أكثر تنافسية وأقل تعاونية . وعلى سبيل المثال ، فقد أصبحت "حانات البومبى" (Pombe shops) فى شرق أفريقيا منشآت راسخة حيث أصبح الخمير المنزلى معروضا للبيع خارج ظروف البيع التقليدية. وقد أصبح ذلك قوة اقتصادية كبرى ذات تأثيرات اجتماعية ضارة فى بعض المناطق الريفية .

وبصورة عامة ، تكون الحكومات على علم بالتأثيرات السلبية لإدمان الكحول على التنمية الوطنية ، ولكن بسبب الفوائد الاقتصادية التى تجنيها الحكومات من خلال الضرائب ، وتلك التى يجنيها التجار من خلال الأرباح ، سواء المشروعة أو غير المشروعة ، فليس هناك الكثير ليفعل للتقليل من توافر الكحول وللحد من استهلاكه ، ومن مساهمته فى المشكلات الاجتماعية ، مثل حوادث السيارات ، وتفرق أفراد الأسرة ، والعنف، وسوء التغذية . ويزداد الإحساس بتهديد ذاك الأخير ، على سبيل المثال ، فى نيجيريا ، حيث يتم تحويل الحبوب الغذائية ، مثل الذرة، إلى صناعة الجعة ، وتستغل أجود الأراضى الزراعية ، والقوى البشرية ، وغيرها من الموارد ، فى استزراع الحبوب اللازمة لصناعة الجعة . وعلى الرغم من أن الحكومات قد تتعرف على التأثيرات المدمرة من حيث العوامل البشرية أو الاجتماعية ، فمن الممكن دفعها للتصرف إذا أمكن إظهار أن التكاليف الاقتصادية للكحول والطباق (مثل زيادة معدلات الإقامة فى المستشفيات وفى السجون ، وضياع ساعات العمل ، وتدمير الآلات الصناعية ، بالإضافة إلى تدمير حياة الناس) ، توازى ، أو تفوق فى أحيان كثيرة ، تلك الأموال التى يتم تحصيلها من خلال الضرائب (وخصوصا ، بطبيعة الحال ، بالنسبة لتلك الدول التى تهتم بصورة فعلية بتقديم الخدمات الاجتماعية لمواطنيها).

ومن المعروف جيدا دور الكحول كوسيلة للسيطرة على العمل . فالعمال المهاجرون الأفريقيون يشربون الخمر للتخفيف من معاناتهم الشخصية وللهرب من رتابة أعمالهم ، كما يقوم كثير من أصحاب الأعمال بتشجيع معاقرة الخمر على الرغم من تأثيره السلبى على إنتاجية العمل[١٤]. ويعتقد أصحاب الأعمال هؤلاء أن وجود معامل محلية للتخمير يعتبر "آلية مفيدة لتثبيت القوى العاملة "[١٥]. فمن خلال ابتلاع أجور العمال ، يجعل الكحول العمال أكثر اعتمادية على وظائفهم .

وفى أفريقيا ، كان انهيار الحياة التقليدية السياسية والاجتماعية ، بالإضافة إلى تحطم النظام القبلى (tribal) ، من أهم الأولويات الإدارية للقوى الاستعمارية. وبهذا ، فقد أسهمت الكولونيالية (الاستعمار) وتراثها السائد ، بصورة مباشرة فى المشكلات الناجمة عن إدمان الكحول. ويذكر ولكوت (Wolcott) فى تقريره أن نظام المستوطنين

البيض فى منطقة بولاوايو بروديسيا (زيمبابوى حاليا) ، أنشأ حدائق محلية لتناول الجعة (municipal beer gardens) ليستخدمها العمال السود من سكان المناطق الحضرية ؛ كانوا يعتقدون أن الشرب فى حدائق الجعة "يسهل التآلف ويعضد التضامن الاجتماعى ؛ كما يزيل بعض أوجه العداء المكبوت والإحباط ؛ ويعزز روح المرح والحماس ؛ كما يسهم فى تقبل الأمور على ما هى عليه"(١٦).

تشجع الثقافة الصينية على تناول الخمر المجتمعى (social drinking) بينما تثبط التعاطى المنفرد(١٨). وتكون معاقرة الخمر فى الصين مصاحبة لتناول الطعام فى الغالبية العظمى من الحالات ، كما تجسد اعتقادا فى الفوائد الدوائية للكحول ، والمستمدة من الطب الصينى التقليدى .

ويسهم تبادل الأنخاب شبه الشعائرى فى تحسين التفاعل الاجتماعى وترسيخ أواصر الصداقة ، كما يساعد فى تنظيم تكرارية وكمية الشراب الذى يتم تناوله. وبالرغم من ذلك ، وفى ضوء هذه الخلفية ، فمن المثير دراسة البيانات الإحصائية التى بدأت تظهر فى الصين ، والتى تظهر معدلات انتشار متزايدة دوما لمعاقرة الخمر فى المناطق الحضرية منذ عام ١٩٨٢، بالإضافة إلى تباين تلك المعدلات بين المناطق المختلفة(١٩). ويبلغ التباين بين معدلات الاستهلاك فى المناطق الحضرية وتلك الريفية حدا مذهلا ، مما يشير إلى وجود علاقة بين القدرة على المحافظة على الروابط الاجتماعية التقليدية فى المناطق الريفية ، وتحطم تلك الروابط فى المناطق الحضرية . وتبلغ أحدث معدلات تفشى استهلاك الكحول فى مجتمعات الهان (Han societies) ، والتى ذكرتها تقارير معهد الصحة العقلية التابع لجامعة بكين ، ٦١ .٦ ٪ فى المناطق الحضرية ، و٨٣ . ٠٪ فى المناطق الريفية(٢٠). وقد أظهرت دراسة أجريت عام ١٩٩١ على ٤٤٩٢٠ شخصا تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ و٦٥ عاما فى تسع مدن صينية ، أن متوسط معدلات انتشار الكحولية كان ٣.٧٪ ، مع تباين معتبر باختلاف الوظيفة : فقد بلغت تلك المعدلات ٦.٨٨٪ بين العمال ، مقارنة بنسبة ١.٧٦٩٪ بين أصحاب الحرف (كانت المجموعة العمرية ذات معدلات الاستهلاك القصوى هى ما بين ٤٠-٦٠ عاما) (٢١). وتشير هذه النتائج إلى أن الأفراد الذين يعيشون فى المناطق الريفية والذين لم ينالوا حظا كبيرا من التعليم ، والذين هم من ذوى الدخول المحدودة ، يتعرضون لخطر أكبر لإدمان الكحول .

وتشير الدراسات التى أجريت فى المجتمعات الأخرى إلى أن الاعتماد على الكحول والمشاكل المتعلقة به يحدث بمعدلات مؤثرة بالنسبة للصحة العامة . وعلى سبيل المثال ، يقدر أن ما بين ٥و١٠ بالمائة من إجمالى حالات الدخول إلى المستشفى فى سريلانكا متعلقة بتعاطى الكحول . وتشير الأدلة المتوافرة إلى أن الشباب والنساء الأكبر سنا يُكتنفون بمعدلات متزايدة فى تجريب (experimentation) مجموعة متنوعة من المواد السامة[٢٢]. وفى أقطار أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى ، يزداد إدمان النساء لتعاطى الكحول ، حتى فى الدول الإسلامية ، التى يحرم فيها الكحول لأسباب دينية ، حيث توجد مشكلات التعاطى فى السر (secret drinking) ويرغم أن أغلب التأثيرات الجسدية وتلك المتعلقة بالصحة العقلية أو العصبية - النفسية لإدمان الكحول تُرى فى الرجال الأفريقيين[٢٣]، إلا إنه إذا استمرت النساء فى أفريقيا فى تعاطى الخمور بالمعدلات الحالية ، فمن المرجح أن يعانين أكثر مما يعانى الرجال ، نظرا لما ذكرته التقارير عن تعرضهن لخطر أكبر من ذلك الذى يتعرض له الرجال للإصابة بالتأثيرات السامة لتعاطى الكحول[٢٤].

إطار ٤-٢ : تناول الخمر والسُكْر فى شرق أفريقيا

(Drinking and Drunkenness In East Africa)

كان لإقامة اقتصاد أوروبى للسوق وزيادة توظيف الأموال فى بعض مناطق وسط وشرق أفريقيا ، تأثير محوِّل للأعراف الاجتماعية إلى مضاربات تجارية ، مما يخلق بذلك مجموعة جديدة من المشاكل المجتمعية .

وحتى فترة قريبة ، فى جنوب شرقى أوغندا ، على سبيل المثال ، كان المفهوم عندما يتكلم ذكر بالغ عن "التلفنة" (telephoning) ، أنه كان يجلس مع أصدقائه يحتسون الشراب الثخين لجعة الدخن (millet beer) من وعاء مشترك . ويصبح سبب تسمية الشراب "بالتلفنة" معروفا على الفور لأى مراقب خارجى : فالرجال يرشفون الجعة من خلال ماصات (straws) طويلة ذات نهايات مزودة بمرشحات ؛ ومثلها مثل كَبْلات الطراز القديم من لوحة التحويل الهاتفية (switchboard) ، تصل أنابيب الجعة بين الرجال الذين يجلسون ، ويرشفون الجعة ، ويتبادلون الأحاديث ، وهم يمررون

الأنابيب جيئة وذهابا فيما بينهم . وقد أصبح هذا النمط من الاتصال ، والمشاركة ، واستهلاك الكحول ، واسع الانتشار منذ زمن فى شرق أفريقيا ، حيث يتشارك الأصدقاء والجيران – الذين هم فى الغالب من كبار السن ومن الذكور – فى الخمير (brew)الذى تعده النساء. وعلى الرغم من ان الجعة تستهلك من أجل المباهج الاجتماعية الدنيوية ، إلا إنها تلعب أيضا دورا مميزا فى الشعائر الهامة التى يُبحث فيها عن الاتصال بالأسلاف أو يُطلب .

لكن انتشار الأموال والأسواق التجارية عبر هذه المنطقة أدى ، كما هو متوقع ، إلى تتجير "التلفنة " (commercializing) إضافة إلى تعاطى الكحول فى المدن . ولا يزال هناك بعض من التناول المنزلى والتبادلى (reciprocal) للجعة ، لكن القدر الأكبر من الكحول يتم استهلاكه كجزء من المعاملات المالية النقدية . وتحل أماكن الشراب المنتظمة ، و"الحانات" الموجودة فى القرى ، والمتاجر العشوائية للجعة وتناول العشاء ، والتى تقام فى أيام الأسواق ، بصورة سريعة محل "التلفون".

ليست هناك تقديرات موثوقة عن تأثيرات إدمان الكحول فى شرق أفريقيا ، لكنه بات واضحا أن ذلك المجتمع قد أصبح أكثر تحولا ، وأكثر تجارية ، فقد تم استبدال جلسات "التلفون" فى القرى بما يشبه "الساعة السعيدة" بعد العمل فى المجتمعات الغربية. وقد أصبح استهلاك الكحول المقطر شائعا بصورة متزايدة . وقد أصبح تناول الخمر والسكْر من المشكلات الاجتماعية الأكثر وضوحا . ويبدو أن كلا من الرجال والنساء يدرك التأثيرات الضارة المحتملة لتناول الخمر والسكْر . وقد ينتج عن حفلات الشراب (drinking parties) منازعات وفورات من العنف البدنى ؛ وكثيرا ما تتفجر المشاجرات والعنف المنزليين عندما يعود الرجال إلى بيوتهم وهم فى حالة سكْر . ويبدو أن حالات السكْر المتفرقة مقبولة كعُرف فى بعض مجتمعات شرق أفريقيا ، لكن بعض الرجال يسكرون ، وتصبح النساء فى حياتهن حانقات على حقيقة أن أولئك الرجال ينفقون الكثير من المال على الشراب ويهملون حتى أبسط احتياجات بيوتهم . ويترك بعضهم المنزل ببساطة عندما يفقد السيطرة على تناوله للخمر ، ويؤدى ذلك الانفصال إلى خلق موقف يصبح فيه السكير معتمدا على الآخرين من أجل بقائه على قيد الحياة . وفى أيامنا هذه ، يصاب كل من الرجال والنساء بالقلق حيال الإيدز ، وحيال الارتباط الموجود بين تناول الخمر وبين العلاقات الجنسية العابرة .

وفى شرق أفريقيا ، لا زال يُنظر إلى معاقرة الخمر كعلامة على الضعف ، أو على "سوء الخلق"، وليس كمرض . وبالفعل ، ففى استخدام اللغة الإنجليزية ، لا زال الأفراد الذين يعانون من تناول الخمر المسبب للمشكلات (problem drinkers) يسمون "drunkards" (السكيرين – مدمنى الخمر) ، وبرغم إدراك المهنيين الطبيين للأخطار النفسية والعضوية المصاحبة للإفراط فى استهلاك الكحول ، إلا إن "مدمنى الخمر" يُنظر إليهم ببساطة على أنهم من ضعاف الشخصية الذين لا يستحقون أى احترام من المجتمع . وعلى ذلك ، فلا يعتبر سوى قليل من أهالى شرق أفريقيا الإفراط فى تعاطى الكحول من القضايا الكبرى المتعلقة بالصحة العامة(١٧).

ويمكن أن يؤدى استهلاك الكحول إلى حد الإفراط إلى العديد من التأثيرات الضارة . وقد قام راى وشاندراشيكار (Ray &Chandrashekhar) بدراسة ١.٩٨٤ حالة متعاقبة من الدخول إلى العنابر النفسية للرجال فى المعهد الوطنى للصحة العقلية والعلوم العصبية ، فى بنجالور بالهند ، بحثا عن أدلة الكحولية (alcoholism) باستخدام اختبار متشيجان المسحى للكحولية (Michigan Alcoholism Screening Test)[٢٥]. وخلال فترة الدراسة ، كانت نسبة ٦.١٪ من جميع حالات الدخول للمستشفى ناتجة عن مشكلات متعلقة بتناول الكحول. وعلى الرغم من ذلك ، فقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن ١٩٪ من أولئك المرضى كانوا بالفعل من الكحوليين (alcoholics). وقد كان للكحوليين عدد من الأقارب من الدرجة الأولى المصابين بالكحولية ، ومعاداة المجتمع (sociopathy) ، والاكتئاب ، أكبر من غير الكحوليين .

ويوثق تقرير حديث للكلية الملكية للأطباء تأثيرات الكحول على الجهاز العصبى ، والهضمى ، والصماوى (endocrine) ، مع التأثيرات الخاصة على البنكرياس ، والقلب ، والرئتين ، والكبد ، وغيرها من المشكلات[٢٦]. وبالإضافة إلى ذلك ، فالحالات التغذوية الحدية (borderline nutritional states) ، والتى لا تظهر فى حالات الأمراض الطبية أو العقلية الصريحة الأخرى ، قد تظهر نفسها فى شخص يفرط فى تناول الكحول. وهناك علاقة أيضا بين تناول الكحول وبين الإصابة بالبلاجرا (pella-gra) ، و"الذهان الدورى" (periodic psychosis) ، والنقص التلقائى فى سكر الدم (spontaneous hypoglycemia) ، وتشمع (تليف) الكبد. وفى حين لا يعتبر التشمع - أو تليف الكبد (cirrhosis) دالة مطلقة على تناول الكحول واستهلاكه ، فإن المقارنة بين معدلات الوفيات الناجمة عن التشمع فى بلدان مختلفة من الأمريكتين ودول الكاريبى ، تظهر العواقب المذهلة للتأثيرات الجانبية للكحول (انظر جدول ٤-١)[٢٧].

وفى دراسة دول الحزام الأوسط (Middlebelt study) ، قرر متعاطو الخمر النيجيريون تعرضهم لعدد من المشكلات الاجتماعية ، والنفسية،والوظيفية ،أكبر من تلك التى يتعرض لها غير المتعاطين[٢٨]. وفى دراسة لسجلات أربعة من المستشفيات

النفسية النيجيرية فى الفترة ما بين عامى ١٩٨٤و١٩٨٨، تم تحديد الكحول كمرسّب مؤثر للذهان العضوى[٢٩]. وقد كان الكحول مشتملا فى أغلب حالات استخدام العقاقير المتعددة (polydrug use) ،كما لم يتفوق عليه سوى الحشيش (cannabis) كخطر متفش مُدرك للصحة العقلية.

وينتج عن الاضطرابات الخِلقية المعقدة ،مثل متلازمة الكحول الجنينية (fetal alcohol syndrome) والتى يمكن الوقاية منها بسهولة-مشكلات إدراكية (cognitive) وجسدية تقوض بشدة من قدرة المصابين بها على أن يكونوا مواطنين منتجين .وقد تمت دراسة التأثيرات السلبية لتعاطى الكحول بين الرجال والنساء فى مرحلة الإنجاب باستفاضة فى الدول الغربية ،لكنها لم تتلق الاهتمام الكافى فى الكتابات العلمية فى البلدان الأخرى. ويجب أن نضع فى الاعتبار تلك الاضطرابات الخلقية التى تؤثر على إنتاجية السكان.

وفى مجال الصحة العامة،تشمل التأثيرات الغالبة لإدمان الكحول كل من الحوادث ،والقتل، والانتحار[٣٠]. ويقترح أكودا (Acuda) ، والذى اكتشف وجود رابطة قوية تعاطى الكحول وبين ممارسة الدعارة فى شرق أفريقيا ،أن الارتباط الذى يُرى فى البلدان الغربية بين تعاطى العقاقير وبين الجريمة ،والعنف المصاحب له ، قد يكون ظاهرا بالمثل فى شرق أفريقيا[٣١]. ولا تؤدى الدعارة (prostitution) والسرقة إلى تعاطى سلوكيات محفوفة بالمخاطر فحسب، بل إنها تمثل ذلك الخطر ذاته. ولهذه السلوكيات عواقب واسعة التباين للمراضة والوفيات ، مثل الأمراض المنقولة جنسيا (STD's)، والإيدز، والعنف الموجه ضد الآخرين أو نحو الذات ،إضافة إلى التأثيرات النفسية لأنواع الرضوح (traumata) المتنوعة.

وربما كان الكحول مسئولا عن التسبب فى قدر من السلوك العنيف أكثر مما يسببه أى عقار آخر[٣٢]. ويعد الارتباط بين تعاطى الخمر والعنف من الأمور المُثبتة فى عدد من الدراسات التى أجريت فى مجتمعات متباينة. ويمكن تطبيق هذه الملاحظة على كل من الأفعال العدوانية المتعمدة، وعلى الإصابات غير المتعمدة المتعلقة بالحوادث.

وفى بابوا غينيا الجديدة ، تضاعفت معدلات استهلاك الجعة كل أربع إلى خمس سنوات فى الفترة ما بين عامى ١٩٦٢و١٩٨٠ ؛ وقد تصاحبت هذه الزيادة مع ارتفاع قدره ٤٠٠٪ فى الوفيات الناجمة عن الحوادث المرورية ، ومع زيادة ملحوظة فى معدلات الوفاة والإصابات الخطيرة نتيجة لاستهلاك الكحول المثيلى (الميثانول) ، وللإصابات الكليلة (blunt injury) ، وللجروح الناتجة عن الأسلحة البيضاء والنارية. وتمتلك نيجيريا ، التى شهدت ارتفاعا ملحوظا فى استهلاك الكحول ، أعلى معدلات لحوادث السيارات فى العالم[٣٣].

وتزداد معدلات حوادث القتل فى الكثير من بلدان العالم ، وكثيرا ما يكون ذلك نتيجة لتعاطى الكحول والمخدرات،خصوصا فى المجتمعات الحضرية الفقيرة وبين مجموعات الأقليات الإثنية[٣٤]. وتعكس معدلات القتل هذه التأثيرات السلوكية لإدمان المواد [المخدرة] . وفى كولومبيا ، يعد القتل السبب الأول للوفاة ، والذى يحدث فى معظمه كنتيجة مباشرة للعنف المرتبط بالتجارة غير المشروعة فى المخدرات[٣٥]. وكثيرا ما يكون أفراد الأسرة والمارة ضحايا لنوبات العنف هذه.

ويشيع ضرب الزوجات (wife-battering) بين مدمنى الخمر. وفى أسيا، يتعرض آباء وأبناء الضاربين (batterers) والذين لم يكونوا ، فى دراسة واحدة على الأقل، من معتادى العنف فى فترات الانقطاع عن تعاطى الكحول) للضرب بدورهم ، على الرغم من أن الأطفال يتعرضون للضرب بدرجة أقل[٣٦]. وفى البلدان الأخرى أيضا ، يحدد الإطار الثقافى المحلى بصورة كبيرة أولئك الذين يتعرضون للضرب ، ولماذا يتعرضون له. وقد اكتشف عالم الأنثروبولوجيا كاجا فينكلر (Finkler) ، أنه فى المكسيك ، على سبيل المثال، ليس من غير المألوف أن ترى رجلا مخمورا يضرب زوجته ، لكنه من المستحيل أن تراه يضرب أمه ، أو أخته ، أو أطفاله[٣٧]. وقد وجد أن السيدات المتزوجات اللاتى يعشن فى أسر منفردة (nuclear families) ، هن أكثر عرضة لتقرير تعرضهن للعنف الزوجى من أولئك اللاتى يعشن ضمن أسر جماعية (extended).

جدول ٤-١: الوفيات الناجمة عن تشمع (تليف) الكبد فى الأمريكتين

البلد	سنة التقرير	العدد الإجمالى لكل ١٠٠,٠٠٠*	معدلات الوفيات المعيارية		
			الذكور	الإناث	نسبة M/F**
المكسيك	١٩٩٠	٤٨,٦	٧٢,٥	٢١,٨	٣,٣
شيلى	١٩٨٩	٤٦,٢	٦٧,٥	٢٦,٥	٢,٥
بورتو ريكو	١٩٩٠	٢٩,٧	٤٧,٢	١٢,٥	٤,٠
الإكوادور	١٩٨٨	٢١,٧	٢٨,٧	١٤,١	٢,٠
كوستاريكا	١٩٨٩	٢٠,٤	٢٦,٧	١٣,١	٢,٠
فنزويلا	١٩٨٩	١٩,٤	٢٨,٦	٩,٦	٣,٠
الأرجنتين	١٩٨٩	١٣,٣	٢٠,١	٦,٤	٣,١
ترينيداد وتوباجو	١٩٨٩	١٣,٢	١٩,٦	٦,٧	٢,٩
كوبا	١٩٩٠	١٢,٤	١٣,٣	١١,٣	١,٢
بنما	١٩٨٧	١١,٦	١٤,٢	٧,٧	١,٨
الولايات المتحدة	١٩٩٠	١١,٦	١٥,٢	٨,٠	١,٩
أوروجواى	١٩٩٠	١١,٥	١٧,٥	٦,٨	٢,٦
كندا	١٩٩٠	٩,٣	١٢,٧	٥,٨	٢,٢

* تماشيا مع الأعمار المعيارية للمجموعات السكانية الأوروبية

** M/F : الذكور إلى الإناث

– المصدر : Edwards et al.,1994، مع إحصائيات منظمة الصحة العالمية .

الكوكايين والهيروين

وفى حين تعمل الترتيبات السكنية (residential) على التقليل من إساءة معاملة الزوجات فى إطار إدمان المواد [المخدرة]، تنجو النساء أيضا عندما يلعبن أدوار مساعدة من الناحية الاقتصاديةيسبب تعاطى الكوكايين والهيروين مشكلات صحية واجتماعية خطيرة ، ويؤدى حدوثه بصورة سرية وكونه غير مقبول اجتماعيا ، إلى تعطيل جهود التدخل والوقاية . ويتعرض المتعاطون لخطر الوفاة نتيجة للجرعات المفرطة ،

والعدوى ، والعنف ، والإيدز، والأمراض التى تصيب الجهاز الدورى أو التنفسى أو الهضمى للجسم. ويعد الارتباط بين تعاطى الهيروين عن طريق الحقن وبين الإصابة بالإيدز ذا أهمية كبرى بالنسبة للصحة العامة .

إطار٤-٣ : إدمان الكحول فى شيلى

تعد الكحولية والإفراط فى استهلاك الكحول من أخطر مشكلات الصحة العامة فى شيلى . وقد ظلت معدلات تشمع الكبد وهو ثالث أكبر أسباب الوفيات فى هذا البلد، مرتفعة (نحو ٣٠حالة وفاة لكل ١٠٠.٠٠٠من السكان) على مدى الأعوام الخمسة والعشرين الماضية . وفى عام ١٩٨٩، بلغت هذه النسبة ٤٦ حالة وفاة لكل ١٠٠.٠٠٠ من السكان ، وهى واحدة من أعلى المعدلات العالمية (انظر جدول ٤-١). (تبلغ معدلات الوفيات الناتجة عن تشمع الكبد فى الولايات المتحدة ١١.٦ لكل ١٠٠.٠٠٠ من السكان).

وتزيد التكاليف غير المباشرة للكحولية ، والتى تبلغ نحو بليونى دولار أمريكى سنويا ، أو ما نسبته ٥.٥٪ من إجمالى الناتج القومى لشيلى ، عن المساهمة الحكومية السنوية فى نفقات التعليم الابتدائى والثانوى والجامعى ، وفى برامج وزارة الصحة . وتضم هذه التكاليف قيمة الإنتاج السنوى المفقود أو الذى لا يتم الحصول عليه نتيجة لتعاطى الخمر المسبب للمشكلات ، ولانخفاض الإنتاجية نتيجة للإفراط فى تعاطى الكحول أثناء العمل ، والوفيات المبكرة ، وللنفقات الطبية والاجتماعية الناتجة عنه.

ويؤثر كل من الكحولية والإفراط فى الشراب على الذكور وحدهم تقريبا ، مع ارتفاع معدلات التفشى بين المجموعات السكانية ذات المستويات الاجتماعية - الاقتصادية الدنيا وتبلغ معدلات التفشى أقصاها بين أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٢و٥٥ عاما - أى البالغين فى أكبر سنوات عمرهم إنتاجية .

ولكون كثير من تكاليفه غير مباشرة ، لا يُنظر لإدمان الكحول كمشكلة اقتصادية خطيرة . وبدلا من ذلك ، تم التركيز على المساهمة المباشرة والمعتبرة لإنتاج الكحول فى الاقتصاد القومى وفى الأموال التى تجنيها الحكومة من الضرائب المتعلقة به وتعد هذه الصناعة ، والتى توظف نحو ٥٪ من إجمالى عدد السكان، من مصادر الدخل الكبرى لهذه الدولة ويدفع قطاع إنتاج النبيذ من الصناعة الوطنية نحو ٣٠٪ من إجمالى الضرائب التى تجبيها الحكومة من قطاع الصناعة . ويتراوح إنتاج النبيذ فى شيلى بين ٣٥٠ و٦٠٠ مليون لتر سنويا ، مما يمثل نحو ثلثى حجم الإنتاج المحلى للمشروبات الكحولية. ويضم الثلث المتبقى الجعة والمشروبات الروحية (spirits).

ويتم استهلاك كامل إنتاج المشروبات الكحولية محليا . ويبلغ معدل الاستهلاك الفردى للكحول نحو ١٣.٨ لترا بالنسبة للأفراد الذين تزيد أعمارهم على الخامسة عشرة . ولا تفوق هذه المعدلات سوى تلك الموجودة فى فرنسا وإيطاليا . وقد ازدادت معدلات الاستهلاك فى الآونة الأخيرة ، ويرجع ذلك جزئيا إلى السياسات الحكومية التى خفضت تعريفات الاستيراد لعدد من البضائع ، والتى من بينها المشروبات الروحية.

وبالإضافة إلى ذلك ، فقد تم فى عام ١٩٧٤ إبطال القانون الذى يحد من استغلال الأراضى الزراعية فى زراعة الكروم ، والذى ظل فاعلا منذ عام ١٩٣٩، من أجل زيادة حجم إنتاج النبيذ المخصص للتصدير ومن أجل تنشيط الاقتصاد القومى. وفى بداية الأمر ، لم يكن يتم تصدير سوى ٢٪ من إجمالى الإنتاج المحلى من النبيذ ؛ فكان أغلب الإنتاج يستهلك فى شيلى ذاتها بأسعار زهيدة نتيجة لزيادة حجم الإنتاج . وقد سمحت الحكومة أيضا بإنتاج أنواع جديدة من النبيذ باستخدام أنواع مهجنة من الكروم (hybrid grapes)، مما أدى إلى زيادة إنتاج أنواع النبيذ الرخيصة.

وقد ازدادت معدلات استهلاك "البسكو" (Pisco) ، وهو من الخمور المحلية الواسعة الانتشار بنسبة تزيد على ٢١٥٪ خلال الفترة ما بين عامى ١٩٦٩ و١٩٧٩ وقد كانت هذه الزيادة ناتجة عن تخفيض الحكومة للضريبة الخاصة المفروضة على هذا الخمر بالذات من ٤٥٪ إلى ٢٥٪ وقد قلل هذا التخفيض سعره بصورة حادة ، مما جعله مشروبا يقدر الشباب على شرائه (affordable).

ولم تؤد الأبحاث ، وتحديد قضايا النقاش ، وحملات التوعية الجماهيرية ، إلى قدر كبير من التحسن فى مشكلة الكحول فى شيلى.فلم تحتو أغلب برامج التثقيف والتوعية على الكثير من المواد الإعلامية ضمن محتواها ، كما كانت محدودة الأفق. وقد ضمت المبادرات الحديثة حملات إضافية للتوعية الجماهيرية الموجهة لعموم الجمهور وللمجموعات السكانية المعرضة للخطر ، كما اشتملت على تقنين الإعلان عن المشروبات الكحولية ، وتعزيز القيم الأخلاقية ، وتوفير الموارد اللازمة للتدخل المبكر ولتأهيل المدمنين ، إضافة إلى إحداث تغييرات جوهرية فى القانون المتعلق بالكحول (Alcohol Act).

ولن يكون لهذه المبادرات سوى تأثير ضئيل فى حل المشكلة ككل ، نتيجة لعجز القطاع الصحى عن تطبيق الإجراءات الوقائية الأساسية . وتؤثر مشكلة الكحولية والإفراط فى استهلاك الكحول على العديد من القطاعات القوية فى المجتمع الشيلى – مثل القطاعات الاقتصادية ، والزراعية والعمالية. ولهذه القطاعات اهتمام راسخ فى المحافظة على الإنتاج .

ويجب أن تتناول السياسات الحكومية المشكلة على جميع المستويات . وفى الوقت الحاضر، تؤيد الحكومة السائدة سياسة السوق الحرة ، كما أنها غير مستعدة لاتخاذ موقف غير شعبى بزيادة أسعار النبيذ، والحد من إنتاجه ، والتقليل من سهولة حصول الجمهور على المشروبات الكحولية . وما لم تفرض الضرائب وتستخدم القوى التنظيمية فى الحد من إمكانية الحصول على المشروبات الكحولية ، ستتسبب صناعة الخمور ، التى تسهم كثيرا فى إنعاش الاقتصاد الوطنى، فى الوقت نفسه ، فى استنزافه(٣٨).

نظرا لأنه يصيب الشباب من الذكور بصورة خاصة . ويمكن أن يعانى مدمنو الكوكايين ، خصوصا فى صورة حبوب صغيرة معدة للتدخين (crack) ، من مشكلات قلبية – وعائية حادة تستلزم خدمات طبية عاجلة ، فى حين يمكن أن يولد أطفال المدمنات الحوامل بمشكلات صحية حادة . وبصرف النظر عن التأثيرات الواضحة للمخدرات على المتعاطى أو على المستقبِل السلبى (passive recipient) (فى حالة الطفل الرضيع) ، ينتج المزيد من الإعاقات الطويلة الأمد والمزمنة ، بما فيها الاضطرابات العصبية – النفسية ، فى نهاية الأمر (انظر إطار ٤–٤).

وقد حدثت الزيادة المذهلة فى الإنتاج العالمى لأوراق نبتة الكوكة (coca leaf) فى بداية الثمانينات ، وفى الاستيراد غير الشرعى للكوكايين إلى الولايات المتحدة ، وكندا ، وأوروبا بين عامى ١٩٨٣و١٩٨٥ ، فى نفس الوقت الذى ارتفعت فيه معدلات الوفيات الناجمة عن تعاطى الكوكايين فى أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية (والتى ظهرت أوضح ما تكون فى وباء مقاطعة ديد بولاية فلوريدا الأمريكية (Dade's county epidemic) . وقد حدث ثبات معدلات الوفيات الناجمة عن تعاطى الكوكايين فى بوليفيا ما بين عامى ١٩٨٢و١٩٨٣ ، فى الوقت الذى كان فيه البلد يعانى من جفاف شديد أدى إلى انخفاض معدلات إنتاج الكوكايين . ويمكن أن نتوقع وجود ارتباطات مماثلة بين إنتاج الكوكايين وبين الوفيات البشرية فى العديد من البلدان منخفضة الدخل حيث يعد الكوكايين حاليا من أهم عقاقير الإدمان. وعلى سبيل المثال ، يعد الكوكايين عقارا جديدا فى نيجيريا . ومن ذكر خبر واحد عن تعاطى الكوكايين بين مجموعة من المغتربين النيجيريين عام ١٩٨١[٤٣]، أصبحت التقارير التى تتناول الكوكايين مألوفة فى الدوريات الشعبية النيجيرية ، فى ذات الوقت الذى وصل فيه النيجيريون إلى أعلى مستويات التجارة الدولية غير المشروعة فى المخدرات .

ويُشتمل الكوكايين والهيروين فى الكثير من حالات تعاطى العقاقير المتعددة. وهناك ، فى الواقع ، نزعة طبيعية فى العقاقير لتناولهما معا ، لأن أحدهما "علوى" فى حين يُحتاج إلى الآخر "لتخفيف" حدة الاهتياج الناجم . ولهذا النمط المتنامى للتعاطى مضامين خطيرة بالنسبة للصحة العقلية والرخاء الاجتماعى[٤٤].

وتعد التأثيرات السامة للقلب (cardiotoxic) للكوكايين سببا رئيسيا للوفيات الفجائية . ولا تزال التأثيرات التى تصيب الأطفال نتيجة للتعرض داخل الرحم (intra-uterine) ، خصوصا من صورة الكراك "crack" ، غير محددة تماما ، لكن إدمان الأمهات قد يؤدى إلى مراضة مزمنة تؤثر على النمو الإدراكى للطفل . وتعزو بعض التقارير تأثيرا ماسخا (teratogenic) للتعرض داخل الرحم لمستمثلات (metabo-lites) الكوكايين. ويسهم الكوكايين فى إحداث السلوك العدوانى ، كما تم تقرير الكثير من الأفعال العنيفة المرتبطة بتعاطيه.

الأمفيتامينات (Amphitamines)

غالبا ما يتم استهلاك العقاقير التى تستثير الجهاز العصبى المركزى ، بصورة عامة ، من أجل الشعور بالطاقة المتزايدة ، والأحاسيس الموجبة ، أو التعافى (euphor-ia) الناتجة عنها. ويقوم الطلاب ، وسائقو الشاحنات، والفلاحون ، وربات البيوت ، بابتلاع "حبوب الدماغ" (brain pills) ، أو مضغ جوزة الكولا (kolanut)، أو تناول أى من مجموعة متنوعة من الأمفيتامينات من أجل التيقظ ،أو الانتباه،أو المحافظة على النشاط[٤٥]. ومع ذلك ، فبالإضافة إلى التأثيرات المرغوبة ، تتسبب هذه المثيرات فى حدوث الأعراض النفسية مثل الهيوجية (irritability)، والقلق ، والشعور بالتوجس . وترتبط الجرعات العالية بالإصابة بالزَوَر (البارانويا: paranoia) ، وبالهلاوس السمعية والبصرية[٤٦]. وينزع الشباب إلى تعاطى الأمفيتامينات بصورة منفردة أو مزجها مع عقاقير الباربيتورات (barbiturates).

المستنشقات (Inhalants)

من بين الأنماط الخاصة لسلوكيات تعاطى العقاقير ، والمرتبطة بالانحراف والتمرد الاجتماعى ، نجد استنشاق بعض المواد الطيارة (volatile) ، مثل استنشاق

البنزين (gasoline) فى السودان ، ومرققات الدهان (thinners) والمواد اللاصقة للبلاستيك، وأصباغ الأحذية ، والصمغ الصناعى فى المكسيك، والبرازيل، وغيرهما من بلدان أمريكا اللاتينية[٤٧]. ويمثل إدمان المستنشقات واحدة من أسوأ مشكلات إدمان العقاقير فى المكسيك. وقد وجد إدمان المذيبات (solvents) أيضا فى المحميات الهندية فى كندا ، وبين مجموعات سكان أستراليا الأصليين (aborigines)[٤٨].

وفى المكسيك ، يتعاطى ثلاثة من بين كل ألف من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٤و٢٤ عاما (٠.٣١٪) المستنشقات بصورة منتظمة[٤٩].

وعلى الرغم من ذلك ، فلا تشتمل هذه الإحصائيات على اثنتين من المجموعات المعرضة للخطر ، وهما السكان المشردين ، وأولئك الذين تقل أعمارهم عن الرابعة عشرة ، حيث ترتفع معدلات الاستنشاق كثيرا . ويظهر العديد من الدراسات المجتمعية التى أجريت فى مناطق مختلفة من المكسيك أن العمر الذى يبدأ فيه الاستنشاق قد يكون خمسة أو ستة أعوام من العمر[٥٠]. وتشير البيانات الأكثر حداثة إلى العديد من الاتجاهات الجديدة : فعادة ما تستخدم المستنشقات من قبل صغار السن وبجرعات متزايدة ؛ وتقل النسبة المئوية للشباب الذين يتعاطون المستنشقات بزيادة العمر ، وتحل محلها مواد أخرى (الكحول والماريجوانا بصورة أساسية) ؛ ويقل تعاطى المستنشقات بزيادة سنوات التعليم ، حيث يرتبط العمر وعدد سنوات الدراسة بصورة وثيقة[٥١].

ويسبب الاستنشاق الاعتيادى (habitual) للمواد الطيارة تلفا شديدا فى الجهاز العصبى المركزى ،والكبد، والكليتين،ونخاع العظم . وبالإضافة إلى ذلك ، هناك احتمال قوى للوفاة الفجائية نتيجة لنوبة واحدة من تعاطى المذيبات الطيارة[٥٢]. ومن بين الأطفال البالغة أعمارهم من ٨إلى ١٥ عاما من أبناء الطبقات الاجتماعية - الاقتصادية الدنيا فى شيلى ، يقدر أن نحو ٢٪إلى ٥٪ منهم يدمنون شم الصمغ (glue sniffing)[٥٣]. وقد أظهرت دراسة لسوليس وواجنر (Solis & Wagner)وجود فروق مؤثرة من الناحية الإحصائية بين الأفراد الذين يتعاطون المستنشقات وحدها ، وبين أولئك الذين بدأوا إدمانهم بتعاطى المستنشقات ثم انتقلوا إلى استخدام الأنواع الأخرى من المخدرات أيضا[٥٤]. ومن المثير معرفة أن هذه الدراسة أظهرت أن ٧٦٪ من متعاطى

المخـدرات المنفـردة (single drug users) كـانوا يسـعـون للعـلاج قـبل تعـاطيـهم للمستنشقات بسنتين ، بينما لم يسع ٦٨٪ من متعاطيي المخدرات المتعددة (polydrug users) للعلاج سوى بعد مضي سنتين أو أكثر من بداية تعاطيهم للمخدر.

إطار ٤-٤: إدمان الهيروين في باكستان

برغم أنه لم يتم إدخال الهيروين إلى باكستان سوى منذ ما لا يزيد على العشرين عاما ، أصبحت باكستان أعلى دولة في العالم في معدلات تعاطيه المبلغ عنها للفرد (per capita) ، مع وجود ما لا يقل عن ١.٥ مليون مدمن للمخدرات في البلد. وتقرر التقديرات المتحفظة أن ٢.٠٢٪ من سكان المناطق الحضرية ، و١.٣٦٪ من سكان الأرياف ، هم من متعاطيي المخدرات النشطين . وبما أنه يبدو أن إدمان الهيروين خاص بالذكور وحدهم ، خلص مسح وطني عن إدمان المخدرات إلى أن واحدا من بين كل تسعة عشر ذكرا في البلد يتعاطى المخدرات على نحو منتظم[٣٩]. وبرغم هذه الإحصائية المرعبة ، فلا يزال عدد الذين يتعاطون الهيروين ، ومن ثم يتحولون إلى مدمنين ، في تصاعد مستمر ، كما أصبح هذا المخدر "أول عقار يستخدم على المستوى الوطني من قبل جميع المجموعات الإثنية ، وجميع المجموعات العمرية وفي جميع الأوقات والمناسبات"، حسب رأي الدكتور أصيف أسلم ، وهو طبيب نفسي باكستاني[٤٠].

ويزداد تفشي إدمان الهيروين في المناطق الحضرية، نتيجة للوفرة النسبية في عدد المتعاطين والمروجين ، الذين لا يمتلكون الكثير من الموارد الأخرى للدخل وعلى الرغم من أن أي إنسان يمثل هدفا سهلا بالنسبة لمروج المخدرات ، فهناك عوامل تزيد من فرص تعرض الشخص لتعاطي الهيروين ، والتي تشمل سهولة الوصول إلى العقار، والبطالة، وتحطم الأسر المستقرة، والتشرد، وضغوط الأقران (peer pressures).

ويتعاطى المدمنون الهيروين بطرق متنوعة ويبدأ التعاطي عادة بتدخين الهيروين المحشوة به السجائر ؛ ويطور هذا السلوك نمطيا إلى ما يعرف "بمطاردة التنين" (chasing the dragon) ، وهو تعبير لطيف عن استنشاق دخان الهيروين المحترق. وعندما يصبح المتعاطي معتمدا على العقار تصبح الوسائل الأكثر خطورة لتعاطي الهيروين أمورا روتينية . فيقوم المدمن بعمل شق (جرح) في جلده ثم يحشوه بالهيروين حتى يمكن امتصاصه إلى مجرى الدم سريعا . ويقوم المدمنون الذين أتقنوا الحقن بالإبر تحت الجلدية بمزج مسحوق الهيروين بعصير الليمون والماء قبل حقن هذه المواد في أوردتهم.

وكثيرا ما يقوم المدمن القديم بمشاركة المحاقن الملوثة مع العديد من المدمنين فى الوقت نفسه . وتزيد هذه الممارسات غير الصحية من فرص انتشار الأمراض مثل الكزاز (التيتانوس) ، والتهاب بطانة القلب (endocarditis) ، والتهاب الكبد، والاضطرابات المعدية للأوعية الدموية . كما أن الخطر الوشيك من انتشار فيروس العوز المناعى البشرى (HIV) قد أضاف سببا جديدا للشعور بالخطر . ويعصف إدمان المخدرات أيضا بمجتمع كراتشى مع ازدياد معدلات الجرائم والعنف المتعلقة بالمخدرات والحجم الهائل لتجارة المخدرات عبر الطرق والحدود الدولية.

ويبدو أن الحكومة الباكستانية وضعت فى موقف حرج بفعل المعدلات الوبائية لإدمان الهيروين فى باكستان. وبما أن تلك الزيادة الحادة فى معدلات الإدمان كانت غير متوقعة ، فلم تقم الحكومة والمجتمعات المحلية باتخاذ الإجراءات الوقائية الكافية ضد تعاطيه . ومع ذلك ، ففى مدينة كراتشى، بدأت تتبلور الجهود التى تستهدف تقليل الطلب على المخدرات . وقد أقام مجتمع إيسا ناجرى لواضعى اليد ، بالتعاون مع جامعة أغا خان ، برنامجا تم تمويله من قبل الحكومة، يهدف للتقليل من حجم الطلب على المخدرات . وتضم أنشطة البرنامج ، التى تهدف بصورة أساسية لتثقيف الشباب وتوعيتهم بأخطار إدمان الهيروين ، شغل المجموعات الأكثر تعرضا لخطر الإدمان بالألعاب الجماعية فى صالات مغلقة ، والأنشطة المسرحية والرياضية ، واجتماعات جماعات الدعم . وتصل هذه الأنشطة إلى قطاعات عريضة من الجمهور ، ويبدو أنها تعمل جيدا حتى فى وجود ميزانية ضئيلة ، كما تقوم بتسجيل أوجه الدعم المجتمعى لتطوير أنشطتها وخدماتها(٤١).

وتعد حركة ديسمبر الأخضر (Green December Movement) من بين البرامج الناجحة الأخرى التى تهدف للوقاية من إدمان المخدرات. وقد أنشئت الحركة فى ديسمبر من عام ١٩٨٣، وهى منظمة تطوعية ركزت جهود حملتها للوقاية من إساءة استخدام العقاقير]المخدرة [على منطقتى بيشاور ومادران ، وهما مقاطعتان واقعتان فى الشمال الغربى لباكستان. وقد جندت الحركة رجالا ونساء من أهالى تلك المجتمعات من أجل إنشاء وإدارة اثنين من أكبر مراكز العلاج والتأهيل ، حيث يتوجه المدمنون من أجل المشورة فيما يتعلق بالمشكلات المرتبطة بإدمان المخدرات ،وذلك دون مقابل. ويتم توزيع عدد من المطبوعات المصممة خصيصا للتوعية بالعقاقير لتشجيع مشاركة المدرسين ، والطلاب، والشباب الذين هجروا الدراسة ، فى هذه الأنشطة المجتمعية . ويلعب القادة الدينيون دورا محوريا فى تقديم أوجه الدعم الروحانى والنفسى – الاجتماعى للمدمنين التائبين ، مما يساعدهم على تجنب العودة إلى تعاطى المخدرات . وقد تعاونت الحركة مع الهيئات الحكومية ومع المنظمات غير الحكومية فى دراسة الفروق الضئيلة (nuances) والحجم الكلى لمشكلة إدمان المخدرات فى باكستان. ونتيجة للنجاح الذى حققته حركة ديسمبر الأخضر ، حصلت هذه المنظمة على سمعة وطنية ،كما أقامت عددا جديدا من البرامج فى كراتشى وقيتا (Quetta)(٤٢).

وباختصار ، فقد بدأت باكستان فى معالجة مشكلة تعرض سكانها لخطر تعاطى الهيروين وإدمانه ، كما يبدو أن البرامج المجتمعية التى تهدف لتقديم تدخلات وقائية من هذه الأخطار ، تسير على ما يرام . ونأمل فى أن تعمل الجهود المتواصلة لتقليل المراضة الناتجة عن إدمان الهيروين فى باكستان ، لمصلحة جميع قطاعات المجتمع .

الستيرويدات الابتنائية والأدوية العلاجية

(Anabolic Steroids and Prescription Drugs)

دخلت الستيرويدات الابتنائية إلى حلبة إدمان المواد عن طريق الرياضيين وغيرهم ممن يتعاطونها لتحسين النمو والأداء العضلى. وقد أدى تعاطيها إلى إدمان البعض ، مع حدوث تأثيرات طبية ونفسية خطيرة. وقد قامت منظمة الصحة العالمية ، والتى بدأت برنامجا لمراقبة إدمان الأدوية العلاجية فى جميع أنحاء العالم ، باستقصاء متعمق لتأثيرات الاستخدام غير العلاجى للستيرويدات الابتنائية ، بالإضافة إلى غيرها من الأدوية المحتمل إدمانها[٥٥]. ومن بين الأمور التى تتميز بأهمية خاصة ، نجد العنف المصاحب لتعاطى الستيرويدات الابتنائية . وهناك علاقة تفاعلية معقدة بين تعاطى الستيرويدات الابتنائية وبين السمات الشخصية (personality traits) الموجودة ، والتى يمكن أن تؤدى للسلوك العنيف[٥٦].

وقد لوحظ إدمان الأدوية النفسانية التأثير (psychoactive drugs) ، من خلال ممارسات الوصفات الطبية غير الملائمة أو من خلال بيع العقاقير العلاجية التى يتم الحصول عليها بطرق غير مشروعة فى الشوارع ، على مدى عقود عدة.وقد تمت ملاحظة هذا الإدمان قبل ذلك فيما يتعلق بتعاطى عقاقير الباربيتورات والأفيونات . وفى الأزمنة الأكثر حداثة ، أتت الأدلة على وجود إفراط فى وصف هذه العقاقير (over-prescription) باكتشافات مذهلة حول إساءة استخدام المهدئات المتوسطة القوة (mild tranquilizers) ، والتى قد أو قد لا تكون مصحوبة بتأثيرات إدمانية. وقد أدى التحسن فى توثيق حالات إساءة استخدام عقاقير البنزوديازبين (benzodiazepines) ، والذى يحدث عن طريق كل من ممارسات الوصف الطبى غير الملائمة ، والمبيعات غير

القانونية لهذه العقاقير، إلى رفع مستوى الوعى بالأنماط الأكثر اتساعا لإساءة استخدام العقاقير النفسانية التأثير ، سواء التى تصرف بوصفة طبية أو التى تباع بصورة غير شرعية. وقد ارتبطت كل من عقاقير البنزوديازبين ، والحبوب المنومة ذات المفعول السريع ، والباربيتورات التقليدية ، والمهدئات ، بالإدمان .

الحشيش (Cannabis)

يقترح عدد من الأطباء النفسيين فى نيجيريا أن ما بين ٢٠٪ و٥٠٪ من حالات إدخال الذكور إلى عنابر الأمراض النفسية هى لمرضى يعانون من الذهان المصاحب لتعاطى الحشيش[٥٧]. وقد أدى الذهان السمى (toxic psychosis) (المصاحب لابتلاع الحشيش) إلى عدد من حالات الدخول إلى المستشفيات النفسية أكبر من ذلك الذى يحدثه الفصام[٥٨]. وإذا كان ذلك صحيحا ، يجب أن يتوقع المرء وجود معدلات مرتفعة للغاية من تعاطى الحشيش بين الشباب من الذكور ، والذين يمثلون العدد الأكبر من حالات الدخول إلى المستشفى للإصابة بالذهان. وفى أوغندا ، ذكرت التقارير أن الحشيش يؤدى لحدوث درجات متفاوتة من السلوكيات الشاذة ، بما فيها الاضطرابات الذهانية المحضة[٥٩]، برغم أن الدراسات الأحدث لم تؤكد مثل هذه التوقعات[٦٠]. وتؤثر عوامل متنوعة على التسمم بالحشيش (cannabis intoxication) ، بما فيها قوة المستحضر المتوافر محليا ، كما يجب أن توضع هذه العوامل فى الاعتبار عند تقييم أوجه التباين فى التأثيرات السامة للحشيش حسبما تذكر التقارير الواردة من بلدان مختلفة[٦١].

القــات (Khat)

حتى وقت قريب ، لم يكن القات (واسمه العلمى catha edulis forsk) يعتبر مادة ضارة مثل الكحول أو العقاقير المخدرة (narcotics)[٦٢]. ويعد القات من المحاصيل ذات الأهمية الاقتصادية فى بلدان شرق أفريقيا ، بينما توجد أسواق التصدير فى

غيرها من الدول الأفريقية وفى بلدان الشرق الأوسط . وفى الصومال ، وإثيوبيا ،وكينيا ، يتم تعاطى القات على جميع مستويات المجتمع منذ نحو الثامنة من العمر ، كما تذكر التقارير أن أكثر من ٨٥٪ من سكان إثيوبيا يتعاطونه . وتتراوح نسبة الإناث بين المتعاطين المنتظمين للقات فى الصومال بين ١٠٪ و٢٥٪ . ويقال أن القات ، كعقار، يحدث شعورا متوسط القوة بالتعافى والاستثارة ، كثيرا ما يكون مصحوبا بالثرثرة أو اللغو (loquacity and logorrhea) ، كما قد يتطور فى بعض الأحيان إلى مرحلة الهوس الخفيف (hypomania). ولإيقاف هذه "الحالة المزاجية للقات " (Khat mood) ، قد يلجا المتعاطون للكحول أو المهدئات أو المنومات . وقد وجد الباحثان أومولو ودافال (Dhaphale & Emolo) ، بعد أن قاما بدراسة بضع مئات من ماضغى القات فى كينيا ، أن الذهان يحدث بصورة منفردة فى حالة واحدة هى تخطى المتعاطى المنتظم لجرعته المعتادة من القات بكمية كبيرة ؛ أى أنه قد ظهر أن تأثير القات مرتبط بالجرعة[٦٣]. وفى كينيا ، يحدث الذهان النمطى للقات بين ماضغى القات التقليديين تحت ظروف زيادة الضغوط الحياتية ، والتى تؤدى لزيادة استهلاكهم للقات[٦٤]. ويعود الأشخاص لحالتهم الطبيعية بعد التوقف عن تعاطى القات . ويُنظر للقات تقليديا كنبات ينتج تأثيرات "مفيدة" مثل زيادة إنتاجية العمل ، كما يعتقد أن تأثيراته الضارة تحدث فقط عند مضغ كمية كبيرة للغاية منه ، مما يؤدى لحدوث نوع زورانى (paranoid) من الذهان. ويعتقد بعض علماء الأنثروبولوجيا ، برغم معرفتهم باحتمالات حدوث بعض التأثيرات الصحية والاقتصادية السلبية ، أنه بسبب الطريقة التى يتم بها تداول القات فى المحافل العامة ، فليس هناك سوى دليل ضعيف على الانتشار الواسع للتعاطى أو على حدوث إدمان فعلى للقات[٦٥].

وتشمل العوامل التى تؤدى للإصابة بذهان القات ، ضعف الشهية للطعام ، مما يؤدى إلى سوء التغذية وزيادة القابلية للإصابة بالعداوى (Infections) ، والتجفاف (dehydration) ، والعداوى الانتهازية ، والحرمان من النوم ، والهيوجية ، والإمساك ، والضجر. وبالإضافة إلى ذلك ، قد يؤدى مضغ القات للإصابة بتقرحات الفم ، والتأثيرات القلبية الوعائية الشبيهة بتلك الناتجة عن عقاقير الأمفيتامينات ، والاضطرابات الهضمية. وقد تم تقرير ارتفاع معدلات حوادث المركبات التى يقودها

سائقون تحت تأثير القات. وقد يؤدى تعاطى الكحول بالإضافة إلى مضغ القات إلى حدوث أعراض نفسية أكثر شدة ، كما أنه قد يهدد الحياة ذاتها. ويجادل الباحثون حول كيفية التفريق بين المتعاطين المعتدلين والمفرطين للقات ، حيث إن المفرطين وحدهم هم من يتعرضون لخطر الأعراض النفسية(٦٦). وعلى الرغم من ذلك ، فبما أن عادة مضغ القات قد تكون مكلفة ، فقد أدت إلى تفشى الفساد ، وعدم الاستقرار الأسرى ، والدعارة.

بيانات عن معدلات المراضة والوفيات

(Data on Morbidity and Mortality)

لتعاطى الكحول وغيره من العقاقير تأثيرات مهمة بالنسبة لمعدلات المراضة والوفيات ، لكنها لا تؤدى بالضرورة لحدوث الاعتماد على هذه العقاقير . وقد أدت التوجهات المتضاربة تجاه كل من الإدمان والمدمنين ، والوصمة المرتبطة بتعاطى المواد [المخدرة] ، والطبيعة الإجرامية لتجارة المخدرات ، إلى فقدان خطير وغالب فى عمليات تجميع البيانات التى تتسم بالمنهجية ، والموضوعية ، والقابلية المقارنة ، والدقة ، فى العديد من البلدان(٦٧). وبالإضافة إلى ذلك ، فلا يمكن المقارنة بين النتائج التى تم الحصول عليها من المسوحات الوبائية التى أجريت فى العديد من البلدان ، وذلك بسبب الاختلاف فى نوعية العينات وطرق البحث ، والافتقار إلى التسميات المعيارية مثل تلك التى أوردتها الطبعة العاشرة من كتاب "التصنيف الدولى للأمراض" (ICD-10). ونتيجة لذلك ، يتسم التفريق المحض بين المستويات المتباينة للتعاطى والإدمان ، بكونه غير واضح .

وكثيرا ما تستخدم الكميات المصادرة من العقاقير [المخدرة] لتحديد مجال المتاجرة فى العقار ، وكثيرا ما تستخدم تلك المعلومات لوضع الفرضيات حول حدود استخدام العقار وإدمانه. ولا يمثل هذا نمط تجميع البيانات الذى يمدنا بتبصرات (insights) مفيدة بالنسبة للصحة العامة أو إكلينيكية فيما يتعلق بطبيعة مشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها .

وبالنسبة لعدد من العقاقير ، يميل التسويق الاجتماعى لتعاطى العقار إلى طمس الحدود الفاصلة بين استخدام وإدمان العقار[٦٨]. ويظهر ذلك أوضح ما يكون فى التسويق لمنتجات التبغ والكحول،حيث نادرا ما تكون الحساسية لإساءة استخدام أى منهما من القضايا الهامة ولمواجهة هذه المشكلة ، تعكف منظمة الصحة العالمية على إعداد نظام عالمى لمراقبة التأثيرات الصحية لتعاطى المواد وإساءة استخدامها وسيقدم النظام التحذيرى للربط بين أنماط الإدمان (Abuse Trends Linkage Alerting System; ATLAS) ، بيانات مسحية فيما يتعلق بصياغة الاستراتيجيات الوطنية والعالمية الموجهة نحو الوقاية من إدمان المواد [المخدرة] والسيطرة عليه[٦٩].

تم مؤخرا تطبيق نظام مسحى للأدوية (drug surveillance system) فى أمريكا الوسطى ، وبنما ، وجمهورية الدومينيكان ، طبقا للإرشادات التى وضعتها كل من منظمة الصحة لعموم الأمريكتين (PAHO) ، واللجنة الأمريكية للحد من إدمان المخدرات ، التابعة لمنظمة الدول الأمريكية (OAS)[٧٠].

ومن الصعب ، من الناحية الاقتصادية،تحديد حجم مشكلة إساءة استخدام المواد [المخدرة] ، وذلك نظرا لأن أغلب التكاليف والأرباح المكتسبة من تعاطى هذه المواد ، غير قانونية. وكثيرا ما نفكر بالمكسب الاقتصادى على أنه ذلك الذى يحصل عليه "المروجون" (marketeers) الذين يبيعون العقاقير المحظورة للسكان فى أوروبا ، وأمريكا الشمالية. وعلى الرغم من أنه لا شك فى أن هذه الأرباح تمثل مبالغ معتبرة ، علينا أن نضع فى اعتبارنا أيضا أنه فى اقتصاديات تجارة العقاقير المحظورة ،تعد الروابط الموجودة بين سياسات وتأثيرات دول"العالم الأول" على الدول منخفضة الدخل ذات أهمية قصوى ويمثل كل من "إغراق السوق" (dumping) بمنتجات التبغ المنخفضة التكاليف ، والإنتاج المفرط للمشروبات الكحولية ، ونقل المعدات اللازمة لإنتاج العقاقير المخدرة ، وتشويه قوى السوق لتشجيع إنتاج الأفيون وأوراق نبتة الكوكة ، أجزاء من نظام اقتصادى عالمى لتعاطى المخدرات ينزع لإفادة من يتحكمون فيه ولإيذاء كل من المتعاطين ومجتمعاتهم. وكما يتضح من الإغراق الحديث لأسواق شبه القارة الهندية بالهيروين ، والذى صاحبته مكاسب اقتصادية هائلة لقلة قليلة ، بينما لم يحصد

كثيرون سوى الإدمان الشديد والعنف ، والخراب الاقتصادى ، فالتعاطى الراسخ للمخدرات ضمن أطر ثقافية مقبولة يمكن أن يتعرض للتشويه الشديد بفعل القوى الاقتصادية والإكراه الذى تشجعه.

وباختصار ، فإن الإجراءات التى تم اتخاذها حتى الآن بشأن تقدير حجم مشكلة إدمان المخدرات فى جميع أنحاء العالم ، تضم - فى أحسن حالاتها - تقديرات جزافية وفى الولايات المتحدة ، على سبيل المثال،تنتج لجنة المستهلكين لاستخبارات المخدرات (Narcotics Intelligence Consumers Committee; NICC) ، تقديرات سنوية عن أنشطة تداول المخدرات مبنية على حجم الحركة فى هذه التجارة ، وعدد المتعاطين ، والبيانات المتعلقة بالمصادرة (seizure data) ، والتقديرات الخاصة بزراعة وإنتاج المخدرات[٧١]. لكن هذه التقديرات لا تخضع لاختبارات بعدية (retrospective) لتحديد مدى صحتها ، أو لآليات إحصائية لاختيار العينات (sampling). وكما يحذرنا مايكل مونتانى (Montagne) ، فإن "بعض التقديرات المستخدمة فى الإحصاء بائدة، كما إن البيانات المتعلقة بالأسعار ودرجة نقاوة المخدرات غير كافية ، والبيانات الأساسية المستخدمة فى إعداد التقديرات غير منشورة ، كما تعرضت المنهجية بكاملها للنقد باعتبارها "تحليلا عبر المفاوضات" ،فى حين تنتج التقديرات النهائية عن عملية المقايضة بين الهيئات المشاركة"[٧٢].

ومن الصعب للغاية التقدير الدقيق لتكاليف تعاطى المخدرات فى تسبيب المراضة ، والوفيات ، والمعاناة البشرية. ويرتبط تعاطى المخدرات بأوجه العنف العائلى ، وإساءة معاملة الأطفال ،والانتحار،وجرائم الممتلكات ، والعنف المتعلق بالعصابات وغيره من أوجه العنف. وتتميز الروابط المتعلقة بالقضايا الاقتصادية ، والتفكك الأسرى، والدينميات المجتمعية المحلية بكونها شديدة الرسوخ. وفى أحد الأمثلة النوعية ، نجد أن الأسر العاطلة (dysfunctional families) كثيرا ما تجبر أطفالها على مغادرة المنزل ، وعلى اعتماد السلوكيات التى تسير على عكس أعراف المجتمع التقليدية[٧٣]. وكثيرا ما يشعر أولئك الشباب برفض آبائهم المتعسفين لهم ، فينضمون لمجموعات من الشباب يشعرون داخلها بكونهم مقبولين ، حيث"السيئ" يصبح "حسنا"[٧٤]. وكثيرا ما تستلزم العضوية فى مثل هذه الجماعات تعاطى المخدرات ، خصوصا الكحول والمستنشقات[٧٥].

ويفرض التعاطى غير المشروع للمخدرات نفسه على المجتمعات المرتفعة الدخل والمنخفضة الدخل على حد سواء، كما يتضح من التقرير الذى يقدر عدد مدمنى الهيروين فى باكستان بنحو مليون ونصف المليون ؛ ويمثل ذلك زيادة هائلة عما كانت عليه المعدلات خلال عقد السبعينات[٧٦]. وقد قرر ٢٤٪ من أفراد عينة من تلاميذ المدارس فى البرازيل أنهم قد استنشقوا المذيبات خلال الشهر المنصرم[٧٧].

أوجه النقص فى العرض أو الطلب

(Reductions in Supply or Demand)

فى الخلاف الدائر حول كيفية السيطرة على إدمان المخدرات ، كثيرا ما تختلف (polarize) الآراء حول ما إن كان يتوجب تركيز الجهود على الحد من توافر المواد المخدرة أم على تقليل الطلب عليها. ومن الواضح أنه يتوجب بذل الجهود فى كلا الجبهتين ، لكننا على قناعة بأن التركيز الأساسى يجب أن يوجه نحو التقليل من الطلب على المخدرات. فالطلب هو ما يُبقى على الأسواق التى تجعل من المتاجرة بالمخدرات تجارة رابحة ،حتى عندما تؤدى جهود المصادرة (interdiction)وتدمير محاصيل النباتات المخدرة إلى زيادة التكاليف التى يتكبدها مروجو المخدرات. ويتضمن التقليل من الطلب اتخاذ سلسلة من الإجراءات على المستويين الفردى والمجتمعى تزيد من وعى الناس بأخطار إدمان المخدرات وبناء "قناعة" شخصية ، أو نزعة نفسية ، لمقاومة تعاطى المخدر.

وغالبا ما تتمتع جهود تقليل المعروض من المخدرات بدعم الأنظمة القضائية الوطنية ، وتشتمل على المصادرة ، وتدمير المحاصيل ، وتطبيق عقوبات صارمة على من يضبط وهو يقوم بترويج وتعاطى المخدرات. ومع ذلك ، فهناك إجماع قوى بين مقدمى خدمات المعالجة من الإدمان ، والمجتمع الوقائى ، وكثير من المهتمين بالسياسات المتعلقة بإدمان المخدرات ، على أنه مهما كان حجم الجهد المبذول فى محاولة التقليل من المعروض من المخدرات ، يمكنه أو سيمكنه أن يؤدى إلى محو مشكلة الإدمان كلية . وبصورة عامة ، فإن الجهود التى تستهدف التقليل من حجم الإمداد بالمخدرات تبوء بالفشل فى النهاية .

ويؤثر نمط التعاطى والمعروض من المخدرات على تطوير السياسات التى تتناول تعاطى المخدرات وإدمانها. فإذا كان السكان معتمدين على عقار معين لا ينظر إليه كعقار ضار ، فغالبا ما يكون هناك القليل من الالتزام بمحاولة الحد من تعاطيه. أما ، من الناحية الأخرى ، إذا ارتبط حدوث المراضة والوفيات بتعاطى العقار ، الذى لا يوفر مكاسب اقتصادية واضحة بالنسبة لمن يمسكون بمقاليد الأمور ، فستكون الساحة معدة لظهور مبادرات من سياسات تقليص تعاطى هذا العقار.

وتمثل مبيعات السجائر،على سبيل المثال ، قطاعا مهما من التجارة العالمية. وعلى الرغم من انخفاض معدلات استهلاك التبغ فى أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية ، ترتفع هذه المعدلات فى بقية مناطق العالم. وتسعى شركات التبغ الأمريكية بنشاط لخلق أسواق خارجية لها ، بدعم من الحكومة،كوسيلة لزيادة الصادرات وتقليص عدم التوازن التجارى. وتزداد معدلات استهلاك التبغ فى أقطار أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى بنحو ٢٪ سنويا ، كما تزداد فى بقية مناطق العالم بمعدلات أكبر. وترجع هذه الزيادة بصورة كبيرة للحملات الإعلانية المكثفة والتى لا يمكن السيطرة عليها. وقد نتج عن ذلك قدر هائل من المراضة والوفيات. وتذكر التقارير الحديثة الواردة من الهند ، وهونج كونج ، والصين ، وجنوب أفريقيا ، حدوث زيادة فى معدلات الوفيات الناجمة عن التدخين فى تلك البلدان .

وقد اعتمدت الدول استراتيجيات تهدف للوقاية أو الحد من إدمان المخدرات بطرق متنوعة.ففى عدد من الدول الإسلامية ، على سبيل المثال ، لا يزال تحريم الكحول ، والذى استن منذ أربعة عشر قرنا ، مطبق بقوة القانون حتى الآن[٧٨]. وتدعم جيبوتى ، بالإضافة إلى جهودها الوطنية ، التعاون الإقليمى والدولى من أجل اتخاذ موقف جماعى ضد تعاطى القات ويتمثل تعقيد معالجة قضايا العرض والطلب على المخدرات ، فيما تلى تطبيق قانون لتحريم تعاطى الأفيون فى باكستان عام ١٩٧٣ . فقد أثبت قانون التحريم فشله ، كما احتل الهيروين – المشتق من الأفيون – موقعه سريعا على ساحة إدمان المخدرات. وقد أدى عدد من العوامل لحدوث هذه النتيجة ، فلم تكن جهود السيطرة على نقل وتعاطى المخدرات منسقة بصورة دقيقة ، كما لم يتم ربطها بجهود المؤسسات والهيئات ذات العلاقة ، كما لم تكن المجتمعات مُعَدَّة ولا مشتركة فى تطبيق

هذه الإجراءات. ولم تكن الخدمات العلاجية والتأهيلية قادرة على التعامل مع الكم الهائل من مدمنى المخدرات الذين كانوا يأتون إليها طلبا للمساعدة. وقد زادت عمليات نقل الهيروين عبر الحدود من حجم تعاطيه ، مما زاد الموقف تعقيدا.

اكتشف فى أواخر السبعينات أن كولومبيا وبوليفيا ، بالإضافة إلى غيرهما من دول أمريكا اللاتينية ، لديهما قدرة هائلة على التوسع فى زراعة وإنتاج نبتة الكوكة وعقار الكوكايين. وتعد بيرو وبوليفيا هما الدولتان الوحيدتان المسموح لهما ، تبعا لاتفاقات دولية ، بزراعة الكوكة بصورة قانونية لتوفير احتياجات السوق الدوائية. وهاتان الدولتان أيضا هما مصدر أغلب أوراق ومعجون (paste) نبتة الكوكة ،التى تستخدم فى صناعة الكوكايين بطرق غير مشروعة . ويتم معظم تصنيع الكوكايين من الكوكة فى كولومبيا. ويظهر جدول ٤-٢ (المصدر: NIDA) إنتاج واجتثاث (eradica- tion) أوراق نبتة الكوكة فى بلدان أمريكا الجنوبية ، بينما يظهر جدول ٤-٣ حجم الإنتاج العالمى لأوراق نبتة الكوكة .

وتتناول أحدث التقارير التداول غير المشروع للكوكايين ، والمشكلات الاجتماعية المصاحبة له ، مثل الجريمة

جدول ٤-٢ : استزراع واجتثاث أوراق نبتة الكوكة فى أمريكا الجنوبية (بالهكتارات) [١ هكتار= ٢.٤٧ إيكر]

	١٩٧٩	١٩٨٠	١٩٨١	١٩٨٢	١٩٨٣	١٩٨٤	١٩٨٥	١٩٨٦
(بيرو)								
الاستزراع	٣٠,٠٠٠	٥٠,٠٠٠	٥٠,٠٠٠	٥٠,٠٠٠	٦٠,٠٠٠	٦٠,٠٠٠	٧٠,٠٠٠	١١٠,٠٠٠
الاجتثاث	–	–	٠	٠	٦٨٠	٣,١٨٠	٥,٣٥٠	٢,٦٧٥
(بوليفيا)								
الاستزراع	٢٥,٠٠٠	٣٥,٠٠٠	٣٥,٠٠٠	٣٥,٠٠٠	٤٠,٠٠٠	٥٥,٠٠٠	٣٨,٠٠٠	٣٨,٠٠٠
الاجتثاث	—	–	٠	٨٥	٠	٢٠٠٠	٢٠	١٢٥

(كولومبيا)								
الاستزراع	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٥٠,٠٠٠	٥٠,٠٠٠	٦٠,٠٠٠	٦٠,٠٠٠	٧٠,٠٠٠	١٨٠٠٠
الاجتثاث	—	—	٤٠٠	١٩٧٠	٢٠٠٠	٣٤١٤	٢٠٠٠	٢,٦٧٥٧٦٠

المصدر: .Montagne,1991:282

وقد بدأ النمط ذاته يظهر حاليا بالنسبة للهيروين . وتتميز الشبكات المستخدمة فى نقل الكوكايين والاتجار به ، بكونها أكثر تنظيما من المنظمات المضطلعة بتجارة الهيروين أو الماريجوانا ، كما أنها أكثر انتشارا من الناحية الجغرافية. وقد بلغت التجارة الدولية فى الكوكايين إلى الحد الذى بات فيه من الصعب فصل الدول المصدرية ، عن تلك التى يتم فيها التجهيز ، ولا الدول التى يمر خلالها المخدر (الترانزيت) عن تلك التى يتم فيها استهلاكه. وقد أصبح تعاطى الكوكايين أكثر شعبية فى أوروبا ، وبعض دول الشرق الأوسط،وحتى فى بعض الدول الأفريقية مثل نيجيريا،وقد رأى البعض أن الاستخدام المتزايد للكوكايين خلال السنوات الخمس عشرة الماضية قد نتج عن الرقابة التى فرضت على بقية الأدوية المنبهة ، مثل الأمفيتامينات ، خصوصا فى الولايات المتحدة[٧٩] وقد نتجت العديد من المشكلات عن الجهود الحكومية للتقليل من إمداد الكوكايين والهيروين إلى أفريقيا. فقد تورط النيجيريون وغيرهم من الأفارقة فى تجارة الحشيش على المستويين المحلى والدولى على مدى سنوات عدة،وبداية من أوائل الثمانينات ، دخل النيجيريون إلى عالم تجارة الهيروين والكوكايين[٨٠]. وعلى الرغم من أن هذا البلد لم يكن يزد فى بداية الأمر عن كونه نقطة وسيطة بين الدول المصنعة فى أمريكا الجنوبية وجنوب شرقى آسيا،وبين المستهلكين فى أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية ، فقد أصبح اليوم مركزا للجزء الأكبر من هذه التجارة ، كما ظهر سوق استهلاكى محلى لهذه المخدرات وليس هناك من حدود اليوم لتعاطى النيجيريين من الشباب للكوكايين والهيروين .

جدول ٤-٣: الإنتاج العالمى لأوراق نبتة الكوكة (بالأطنان المترية)

السـنة	الحجم بالأطنان المترية
١٩٦٣-١٩٦٩ (المتوسط)	١٣,٥١٤ (الانحراف المعيارى = ٨٥٩)
١٩٧٠-١٩٧٧ (المتوسط)	١٦,٠٦٣ (الانحراف المعيارى = ١٣٣٠)
١٩٧٨	١٩,٥٠٠
١٩٧٩	٢٥,٠٠٠
١٩٨٠	٢٥,٢٣٠
١٩٨١	١٢٠,٠٠٠
١٩٨٢	١٣٥,٠٠٠
١٩٨٣	١٣٥,٠٠٠-١٥٠,٠٠٠
١٩٨٤	١٣٥,٠٠٠-٢٧٠,٠٠٠
١٩٨٥	١٢٥,٠٠٠-١٣٧,٠٠٠
١٩٨٦	١٥٢,٠٠٠-١٨٨,٠٠٠

٥٠٠ كجم من أوراق نبتة الكوكة =١ كجم من الكوكايين

المصدر:Montagne 1991:283

وقد استنت القوانين لحل مشكلة المخدرات منذ أواخر الخمسينات ؛ ومع ذلك ، فلم يتم تحريمها بصورة فعالة حتى الآن . وتفرض قوانين المخدرات عقوبات مثل الإعدام أو الحبس الطويل الأمد عند الإدانة بالاتجار، أو الحيازة ، أو التعاطى ، للأفيون والكوكايين ، وغيرهما من العقاقير الخطيرة.ولا يفيد مجرد وجود القوانين ، حتى فى حالة تعزيزها ، فى التقليل من إدمان المخدرات إلا قليلا .وعلى سبيل المثال ، فشلت عقوبات الحبس فى إثناء النيجيريين عن المتاجرة فى المواد المخدرة الخطيرة . ويؤدى تعقيد التنظيم والقوى (التى تعد "الكارتلات" [cartels] أكثرها نفوذا) المرتبطة بتجارة المخدرات فى جميع أنحاء العالم ، إلى استثارة استجابة للسيطرة (control response) (بمعنى التحريم وتدمير محاصيل المخدرات) من أجل أن تُرى الحكومات وكأنها "تفعل شيئا" بدون أية ثقة محددة فى فعالية تلك الإجراءات .

وفى الوقت الذى تبذل فيه الجهود للتقليل من إمداد المخدرات، يبحث المعادون عن طرق جديدة لتخطى العوائق المفروضة على استمرار توزيع المخدرات .ونجد مثالا لهذا النمط فى تقرير حديث عن حدوث تحول فى تجارة المخدرات بين الهند وجيرانها. فقد ظل مهربو المخدرات الهنود ينقلون المخدرات إلى الغرب لسنوات طويلة، ولكنهم ، مع وجود سبل أكثر صرامة لتحريم الهيروين ، تحولوا إلى توريد المواد الخام اللازمة لتصنيع الهيروين إلى البلدان التى لم تنجح فيها جهود التحريم فى منع تصنيع الهيروين حتى الآن .وقد نتجت الزيادة المحلية فى الطلب على أنهيدريد الأستيك (ace-tic anhydride) ، وهو من المواد اللازمة لتصنيع الهيروين ، عن الضغوط الناجحة على بلدان المثلث الذهبى المكون من لاوس ، وتايلاند، وميانمار(بورما سابقا) من قبل وكالات تعزيز المخدرات المحلية والغربية . ويدعم المهربون حاليا كارتلات المخدرات فى باكستان وأفغانستان (حيث تجعل الاضطرابات السياسية من المستحيل السيطرة على تجارة المخدرات) ، وميانمار (حيث يقال أن الحكومة نفسها متورطة بشدة فى تجارة المخدرات) ، من خلال إمدادها بكميات كبيرة من أنهيدريد الأستيك . وتنقل هذه المادة الكيماوية على ظهور الجمال عبر صحراء ثار (Thar) إلى باكستان ، حيث يتم شحنها إلى البلدان الأخرى. والطرق المستخدمة هى نفسها التى كانت تستخدم قبل قرون فى تهريب الذهب ، والأسلحة، والتوابل . وتجد القوات الحكومية صعوبة فى القيام بالدوريات عبر هذه الطرق ، كما أنه لم يتم استخدام نظم المراقبة الجوية (air surveil-lance) بعد (وبالفعل ، تدعم المكاسب الاقتصادية لهذه التجارة الفرق المتمردة فى المناطق الحدودية من الهند). وعلى الرغم من انخفاض عدد حالات المصادرة للهيروين على الحدود الهندية الباكستانية خلال العامين الماضيين ، فقد ارتفعت بشدة أعداد حالات المصادرة لأنهيدريد الأستيك ، مما يشير لأن الحوافز الاقتصادية تجعل من التهريب أمرا يستحق المخاطرة.

وقد أجريت أبحاث مقارنة حول فعالية الإجراءات الاجتماعية–القانونية وإجراءات السيطرة على التفاعل بين السلوك الإجرامى وبين إدمان المخدرات ، من قبل معهد الأمم المتحدة لأبحاث الدفاع الاجتماعى[٨١]. وقد شملت الدراسة الأرجنتين ، والبرازيل ، وكوستاريكا ، واليابان ، والأردن ، وإيطاليا ، وماليزيا ، وسنغافورة ، والولايات

المتحدة . وقد وجد ارتباط وثيق بين كل من إدمان المخدرات، والسلوك الإجرامى، والاتجاهات الاجتماعية نحو مثل هذه المشكلات. وقد وجد تباين كبير فى أنماط إدمان المخدرات والأنظمة الاجتماعية - القانونية بين البلدان المختلفة التى شملها البحث. وقد تباين المخدر الأساسى للإدمان ، والذى ينظر إليه كمحفز للجريمة ، بين الدول المختلفة (مثل القنب والأدوية النفسانية التأثير فى الأرجنتين وكوستا ريكا، والأمفيتامينات فى اليابان ، والحشيش فى الأردن ، والهيروين فى ماليزيا وسنغافورة ، والكوكايين فى البلدان الأخرى). ولم يتم اكتشاف ارتباط بين صرامة الأنظمة الاجتماعية - القانونية وبين خطورة مشكلة إدمان المخدرات وما يصاحبها من جرائم. وفى غالبية الدول، لم يَبدُ أن التأثير المباشر لأنظمة السيطرة غير الرسمية ، مثل الأسرة ، والمؤسسات الدينية ، والمدارس ، وبيئة العمل ، قد أثَّر على الارتباط الوثيق القائم بين إدمان المخدرات وبين السلوك الإجرامى . ويبدو أن للعوامل الاجتماعية تأثيرا على هذا الارتباط أكبر مما للعوامل السيكولوجية . ولهذه النتيجة تأثير حدسى مضاد (coun- terintuitive) بالنسبة للافتراضات التى توصلت إليها العديد من البلدان التى تطور برامج الوقاية من إدمان المخدرات .

وتبدو نيجيريا ، على سبيل المثال ، مصممة على مكافحة إمدادات العقاقير المحظورة ، لكن القليل فقط من الاهتمام يوجه نحو مأساة العقاقير العلاجية ، خصوصا الكحول ، كما ذكرنا سابقا. وليست هناك سياسة وطنية لمكافحة إدمان الكحول فى نيجيريا حتى يومنا هذا. كما أنه ليس هناك من جهود حكومية راسخة لدعم برامج التقليل من الطلب على الكحول ، والأبحاث المتعلقة بهذه المشكلة. ومن وجهة النظر الصحية ، لا يمكن فصل العلاقة بين إدمان العقاقير العلاجية ، بما فيها الكحول ، عن تطوير أية خطة مترقية لمعالجة مشكلة إدمان المواد المحظورة .

وكثيرا ما اقترح تقنين (legalization) المواد المخدرة ، وخصوصا الهيروين ، والكوكايين ، والماريجوانا ، كوسيلة لحل مشكلة إدمان المخدرات ، وخصوصا الجرائم المتعلقة بالمخدرات ، عندما تفشل بقية الإجراءات التى تهدف إلى الحد من الطلب على المخدرات وإمداداتها. وتثير هذه الاقتراحات فى جميع الأحوال مخاوف سياسية ، وقانونية ، واجتماعية قوية. وتوفر إزالة المحفزات المادية للتجارة غير المشروعة فى

المخدرات وسيلة "أكثر أمانا" للوصول إلى المخدرات بالنسبة لأولئك غير القادرين أو غير المستعدين للتقليل من معدلات تعاطيها. وبالإضافة إلى ذلك ، يذكر تقليل معدلات الإصابة ببعض الأمراض مثل الإيدز والدرن، نمطيا على أنه سبب لاعتماد استراتيجيات تشريعية بعينها. ونادرا ما يتم اعتماد التشريع بمفرده بصورة شاملة ، وحتى عند اعتماده ، يتم ذلك حيث يكون المجتمع أقرب للتناغم ، وحيث تتوفر الموارد اللازمة للعلاج الملائم والخدمات الاجتماعية (مثلما هو الحال فى هولندا وأجزاء من سويسرا). وعلى الرغم من أن التشريعات قد لا تمثل حلا لمشكلة إدمان المخدرات ، إلا إنها تستحق إعادة نظر متأنية قبل إبطالها .

وفى مرحلة أكثر حداثة ، أدخل مفهوم "تقليل الخطر" (harm reduction) كفلسفة وكاستراتيجية لمواجهة مشكلة إدمان المخدرات . ويعزز هذا المسلك للصحة العامة العلاج ، ويستبقى – فى الوقت نفسه – تلك القوانين التى تتضمن عقوبات ضد الاتجار بالمخدرات أو الأنشطة غير المشروعة المتعلقة بتعاطى المخدرات .وتتيح مجموعة متنوعة من الأنظمة العلاجية للمدمنين الوصول إلى المخدرات ، عادة فى وجود بعض السيطرة على وسائل التوزيع ، ومع تشجيع إيجابى لتوجيه المدمن إلى العلاج . ويقتصر تطبيق القانون على المروجين أو على أولئك الذين يتورطون فى أنشطة غير مشروعة صريحة متعلقة بتعاطى المخدرات . وتعد عمليات تبديل المحاقن (needle exchange) والإبقاء على تناول جرعات مستمرة من عقار الميثادون من أجزاء استراتيجيات تقليل الخطر. ومن بين الفوائد التى قرر وجودها المدافعون عن استراتيجيات تقليل الخطر ، نجد انخفاض معدلات الأنشطة الإجرامية من قبل المتعاطين لدعم عاداتهم الإدمانية ، وانخفاض معدلات انتشار العدوى بفيروس العوز المناعى البشرى(HIV) والدرن[٨٢].

وقد عززت بعض الدول من الجهود التى تستهدف تقليل الطلب على المخدرات ، ومن أجل تحقيق هذه الغاية ، فإنها طالبت معالجة وتأهيل المدمنين التائبين. ونجد أحد الأمثلة المثيرة فى تقرير صادر عن برنامج السيطرة على إدمان الهيروين فى سنغافورة[٨٣]. وبالإضافة إلى وجود استراتيجية متوسعة لتقوية جهود السيطرة ، أدخل جميع المشتبه بهم من ذوى عينات البول الإيجابية إلى مراكز للتأهيل. وقد تم تطبيق البرامج النشطة لغرس "النظام ، والمسئولية الاجتماعية ، وعادات العمل الصحيحة " بالإضافة إلى

عامين من المراقبة الإجبارية لمن يطلق سراحهم ، حيث يجبرون على التبليغ وتحليل البول بصورة دورية كل خمسة أيام . وعلى الرغم من وجود بعض الأدلة على استبدال الهيروين بالقنب (cannabis : الحشيش) ، أو العقاقير النفسانية التأثير، والكحول ، فقد تمت السيطرة ظاهريا على وباء إدمان الهيروين . وقد لا تمثل سنغافورة ، وهى دولة – مدينة مزدهرة ذات نظام سياسى فاشستى (authoritarian) ، مثالا قابلا للتعميم. لكنه مثال مثير على أية حال. وقد بذلت بعض الدول الأخرى ، مثل تايلاند ، جهودا خاصة لتحسين الرعاية الصحية الأولية ، ولدمج جهود مكافحة ومعالجة مشكلات إدمان المخدرات فى إطار النظام الصحى العمومى[٨٤]. وبصورة عامة ، كثيرا ما يكون نجاح مثل هذه البرامج موضع جدل نتيجة للافتقار إلى القدر الكافى من التقييم الموضوعى .

وبرغم قصور سياسات التقليل من إمدادات المخدرات ، تبقى جهود التقليل من الطلب على المواد المحتمل إدمانها قليلة التمويل والدعم بصورة عامة. وبرغم توفير الخدمات العلاجية والوقائية ، وبرغم إنفاق قدر لا يستهان به من الأموال على برامج التقليل من الطلب على المخدرات ، تعكس الموارد المتوافرة ، والمحدودة نسبيا، الافتقار للأولوية التى تمنح لجهود التقليل من الطلب على المخدرات فى الغالبية العظمى من البلدان. ويشير عدم التوازن النسبى هذا إلى الافتقار إلى المعرفة بالفعالية المحتملة لاستراتيجيات التقليل من الطلب على المخدرات، والقوى السياسية المتصارعة التى تحكم مناطق السيطرة على إدمان المخدرات، والمسلك شبه العسكرى (quasimilitary) الذى ينظر لإدمان المخدرات على أنه غير ذى صلة بالصحة والخدمات البشرية. ويتطلب التقليل الفعال للطلب على المخدرات تقدير التماسك المجتمعى ، والاعتراف بالوقاية كجزء مهم من متصل (continuum) الخدمات ، وتقوية السكان ، وتطوير برامج دقيقة متوافقة مع الثقافة السائدة لتشجيع التقليل أو الوقاية من إدمان المخدرات. وعندما يحدث ذلك ، يمكن أن تتحرك كل من السياسة والممارسة للحد من تعاطى العقاقير المخدرة .

ويمكن أن يُغذى الطلب على المخدرات والكحول بفعل الممارسات التى تمجّد تعاطيها ، والتى تشجّع تيسير الوصول إليها من قبل المجموعات السكانية المعرضة

للخطر ، بالإضافة إلى تلك التى تمول تعاطى المخدرات والكحول ويجب أن يتم إيقاف مثل هذه الممارسات. ومن الواضح أنه يتوجب على السياسات الاجتماعية ، والسياسية، والاقتصادية ، أن تتوافق مع بعضها البعض من أجل الحد من تعاطى الكحول والمخدرات ، وليس لتشجيع إدمانها . ويجب أن تنتهى الحوافز الاقتصادية للاستغلال عبر المخدرات والكحول. وليست هناك حاجة للتدخل فى التعاطى التقليدى للمخدرات والكحول فى الثقافات المختلفة ، كما أنه ليست هناك حاجة لإقامة "روح" (ethos) من التحريم القمعى ، من أجل تحقيق التغير المنشود فى ممارسات تعاطى المخدرات والكحول ، والذى من شأنه تقليل معدلات المراضة والوفيات المتعلقة بمعقبات تعاطيها .

المقاربات العلاجية

(Approaches to Therapy)

يتعرض مجال معالجة إدمان المخدرات فى مرحلة تطورية ، مثله فى ذلك مثل مجال التقليل من الطلب عليها، لمرحلة تطورية. وحتى فى الدول الغربية الغنية ، نادرا ما يتوافق علاج إدمان المخدرات مع نظام متكامل للرعاية الصحية ؛ فهو يعتمد على اهتمامات خاصة ومستويات متباينة للتمويل ، كما يفتقر للإطار النظرى المتماسك. وكثيرا ما تعترض الوصمة المتعلقة بإدمان المخدرات التطوير السائد للبرامج العلاجية . وقد طرحت منظمة الصحة العالمية خطة تحدد المراحل المتتالية لتنظيم الخدمات المتعلقة بإدمان الكحول وغيره من المشكلات المرتبطة بالمخدرات[٨٥]. وتعترف الخطة بأنه ، باعتبار أنه من واجب الحكومات أن تهتم بتقديم أعظم خير لأكبر عدد من السكان ، فى أقصى حدود إمكاناتها المادية ، فستكون أغلب الخدمات المقدمة للأفراد الذين يعانون من مشكلات متعلقة بالكحول وغيره من المخدرات ، تلطيفية (palliative) أكثر من كونها شافية (curative) .

ولا يوجد علاج لإدمان المخدرات بمعزل عن بقية مكونات نظام الخدمات الإنسانية أو النظام الجنائى للبلد. وكما هو الحال فى كثير من البلدان الغربية ، غالبا ما يكون النظام الجنائى (criminal justice system) هو السبيل الأساسى "لرعاية" مدمنى المخدرات ، لكن بدون توفير خدمات العلاج أو التأهيل. ومع ذلك ، فمن أجل أن

يصبح تخطيط الخدمات فعالا، يجب أن يتم تنفيذه على جميع المستويات الحكومية وعلى جميع طبقات الجماعات المجتمعية - أى المجتمعات ، والأسر، والأفراد.

وفى أغلب البلدان منخفضة الدخل، حتى فى المناطق التى يعد فيها إدمان المخدرات من المشكلات الكبرى والمعترف بها على المستوى الشعبى ، تكون مراكز العلاج والتأهيل "الرسمية" غير كافية ، كما تثبت عدم فعاليتها - كمثيلاتها فى البلدان الغنية - عندما تقاس بمعدلات الانتكاس (recidivism rates) للمدمنين "المعالَجين " الذين لا يتم إخضاعهم للبرامج التأهيلية الشاملة والمستدامة. وكثيرا ما تتحول هذه المؤسسات إلى مجرد مراكز لإزالة التسمم (detoxification) ؛ كما يعود كثيرون من "المستفيدين" منها للإدمان فى غضون فترة قصيرة . وتتلخص الفائدة الملموسة ، والمؤقتة، الوحيدة فى أن كمية المخدر التى يحتاجها المدمن "المعالَج" للوصول إلى "النشوة" تقل عما كان الحال عليه سابقا ولمدة شهور عديدة ، وتقل كذلك الكلفة اليومية للاستمرار فى عادة تعاطى المخدرات .

وتتضمن الجهود الواعدة "المقابلة العلاجية "(treatment matching) ، وهى تتطلب تحديدا دقيقا لطبيعة مشكلة العميل ، حتى يمكن تجربة تلك التدخلات والعلاجات التى تعالج هذه المشكلة بأكبر قدر من التحديد. وعلى سبيل المثال ، يمكن أن يستفيد العميل الذى يعانى من إدمان الهيروين من المعالجة الطويلة الأمد بالميثادون مصحوبة بالمشورة الفردية. وقد يستفيد العميل المدمن للكحول من عملية إزالة التسمم التى يعقبها التأهيل المهنى والمشورة العائلية. ويجب أن تقدم مقابلة العملاء لأنماط علاجية محددة ، وكذلك المعرفة التى تدعم العلاجات الفعالة التى يمكنها أن تستقطب الدعم الجماهيرى[٨٦].

ظهرت حركات "المساعدة الذاتية" (self-help) والبرامج المتعلقة بها كدعامة أساسية للعلاج. وفى العديد من المناطق ، تتعايش الوسائل الرسمية أو التقليدية لمعالجة إدمان المخدرات مع برامج المساعدة الذاتية. وكثيرا ما تكون حركات المساعدة الذاتية غير مكلفة ماديا ، كما تقدم معونة مستدامة ، وتقدم هوية ومساندة جماعية ، ويُنظر

إليها بصورة أقل كوصمة عار. ويضمن الدعم غير الرسمي والطبيعة التطوعية لأغلب برامج المساعدة الذاتية ، بصورة عامة ، القبول ، والتوافق الثقافي ، والانسجام الشخصي مع أي نوع آخر من العلاج قد يقبل به العميل .

ونتيجة لقصور الخدمات العلاجية الرسمية ، إضافة إلى الأسباب والمخاوف الاجتماعية - الثقافية حول سرية العلاج (confidentiality) ، أصبحت ما تسمى التدخلات العلاجية البديلة (alternative therapeutic interventions) ، واسعة الانتشار بين المدمنين في بلدان عديدة . وتستخدم الإبر الصينية (acupuncture) بكثرة في بلدان آسيا وغيرها كعلاج للإدمان . ويشيع أيضا استخدام العلاج الروحاني ، والتأمل ، واليوجا ، وغيرها من طرق المعالجة التقليدية والشعبية[٨٧]. ويعالج حكماء الطب اليوناني (Yunani Hakkims) الذين تلقوا تدريبا رسميا (المعالجون التقليديون المسلمون) المدمنين في باكستان. ويعالج المداوون الشعبيون مدمني الهيروين والأفيون في بورما ، وكذلك في لاوس ، وماليزيا، وغيرهما[٨٨]. ويعالج شيوخ الدين المدمنين وغيرهم من المرضى العقليين في مساجد خاصة في السودان. وتنتشر صور أخرى من التدخلات الدينية في تأهيل المدمنين بصورة واسعة في جميع أنحاء العالم .

ومن أمثلة الاهتمامات والتدخلات الدينية ، نجد معالجة المدمنين في المعابد البوذية على أيدي الرهبان في تايلاند[٨٩]. وتجمع معالجات الرهبان بين التعاليم الدينية وبين استخدام الطب التايلندي التقليدي. وقد تلقى الكثير من الرهبان تدريبهم في مركز الطب البوذي التايلندي التقليدي في معبد وات بو (Wat Pho) ، وهو المعبد البوذي الملكي في العاصمة بانكوك. ويعالج الرهبان المرضى بعدد كبير من العلل الاجتماعية ، والنفسية ، والروحانية ، منذ قرون عديدة ، كما اشتملت قائمتهم العلاجية مؤخرا على تأهيل المدمنين. وقد اشتهر معبد وات تام كرابورج ، الذي يبعد مائة ميل للشمال من بانكوك ، بهذه المعالجة على وجه الخصوص. وقد بدأ رئيس محبوب للرهبان برنامجا علاجيا هناك منذ عام ١٩٦٠ . ويستغرق العلاج مدة لا تقل عن عشرة أيام ، وكثيرا ما تزيد عنها، ويشتمل على تناول مشروبات عشبية تتسبب في القيء والعرق ، إضافة إلى

المشورة والدروس الدينية التى يلقيها الرهبان. وقبل أن يخرج المرضى من المعبد ، يطلب منهم أن يقسموا باسم بوذا على أنهم لن يعودوا لتعاطى المخدرات ثانية. وفى ضوء نجاح عملهم هذا ، ليس من المعروف على وجه التحديد سبب التعليق المؤقت الذى تعرض له هذا النمط العلاجى .

تم اكتشاف قدرة الإبر الصينية على التقليل من التلهف على المخدر ومن الأعراض الانسحابية أثناء عملية إزالة التسمم ، ونتيجة لها ، من خلال استثارة "النقاط الرئوية" فى أذن المريض ، لأول مرة على أيدى الدكتور وِن (Wen) وزملائه فى هونج كونج فى أوائل السبعينات(٩٠). وتقلل الإبر الصينية من الألم الناتج عن عملية إزالة التسمم بالنسبة للمدمنين ، ولذلك فهى تستخدم بصورة واسعة لهذا الغرض فى عدد كبير من البلدان(٩١). ومع ذلك ، فليست الإبر الصينية فعالة بمفردها فى تأهيل المدمنين ، قياسا إلى المعدلات المرتفعة للانقطاع عن برامج التأهيل بعد انتهاء العلاج .

وفى ماليزيا ، كما هو الحال فى جميع بلدان العالم التى تسود فيها الازدواجية الطبية (medical pluralism) ، لا يزال العديد من العلاجات التقليدية والشعبية قيد الاستخدام ، كما استخدم بعضها منذ ما يزيد على القرن لمعالجة مدمنى الأفيون (٩٢). ومع ذلك ، فقد احتل مؤخرا البوموه الملايون (Malay bomohs) (أى المعالجين الشعبيين) موقع الصدارة فى علاج مدمنى المخدرات ، خصوصا متعاطيى الهيروين. وبرغم أن كل بوموه يستخدم ممارسات علاجية فريدة خاصة به ، هناك أوجه للتشابه بينهم. فتصر الغالبية العظمى منهم على أن يقيم المرضى فى المجمع العلاجى للبوموه طوال فترة العلاج. ويستخدم جميعهم مشروبات عشبية (على الرغم من اختلاف مكوناتها) خلال مرحلة إزالة التسمم ، بينما يستمر بعضهم فى تطبيق هذا العلاج لشهور عدة بعد هذه المرحلة. وقد رسخت التجارب التى أجريت بإعطاء بعض الأدوية العشبية للبوموه للفئران المدمنة للهيروين ، كون بعض هذه الأدوية فعالا من الناحية البيولوجية فى تخفيف الأعراض الانسحابية .

وقد ظهرت فى بعض البلدان برامج خلاقة لمعالجة الأطفال المدمنين الذين هجرهم ذووهم. وعلى سبيل المثال ، تمتلك المكسيك برنامجا للرعاية البديلة (foster care)

للأطفال الذين يستنشقون المذيبات[٩٤]. وضمن فعاليات هذا البرنامج ، يزود الأطفال المتبنين (adopted) بالمنزل ، والغذاء، والتعليم ، والدعم . ويعمل النمط العلاجى فى تناغم مع الخطوط السلوكية ، كما يشجع الطفل على الإقلاع عن استنشاق المذيبات. ويستغرق البرنامج سنة كاملة ، يعاد الطفل بعدها إلى بيته أو إلى مكان آخر. وفى البرازيل ، هناك برنامج مشابه وذو توجه سلوكى يقدم ضمن فعاليات أحد برامج الصحة العقلية ، برغم أن حجم المشكلة وانعدام الدعم السرى المحتمل أفقدا ذلك الجهد فعاليته ، باستثناء تأثيره على الأطفال الذين يمتلكون شبكة قائمة للدعم .

الوقاية (Prevention)

بما أن التحريم لن يؤدى أبدا إلى محو جميع المحفزات الدافعة إلى تعاطى المخدرات ، فلن يلاقى العلاج حاجات جميع من يتأثرون بإدمان المخدرات. وعلى ذلك ، تعد الوقاية من الاستراتيجيات الضرورية للتقليل من إدمان المخدرات. وتتسم سياسات الوقاية بكثير من التعقيد. وتصف إحدى نشرات منظمة الصحة العالمية بعض القضايا الحيوية للوقاية : "لا تعتبر الوقاية على المستوى المحلى بديلا للسياسات الوطنية. فالأنشطة المحلية ، المطورة داخل الأطر التشريعية والتنظيمية القائمة ، والتى تكمل الجهود المبذولة على المستوى الوطنى بتشجيع التطبيق الكامل والفعال للسياسات الوطنية. وبالإضافة إلى ذلك ، يمكن أن توفر الأنشطة الوقائية المحلية خطة عمل فيما يتعلق بالتطورات الوطنية التالية ، من خلال التعرف على المشكلات النوعية ، وتجميع المعلومات ، و [من خلال] طرح وتقديم النماذج المثالية من الممارسة الجيدة[٩٥].

ويعتبر الكثيرون أن الوقاية الأولية هى أفضل السبل لمكافحة تعاطى المخدرات. وقد حاول البعض استخدام الثقافة الصحية العقلية (mental health education) : بداية بالتبليغ ، والتثقيف ، والمشورة ، ثم بالتدريب. وتتلخص أهداف هذه العملية فى حماية الأفراد والعائلات من التعاطى المؤدى للإدمان ، وفى إشراك المجتمع فى جهود الوقاية والتخفيف من حدة هذه المشكلة[٩٦].

إطار ٤-٥ : المعالجة البديلة للمدمنين

لم يثبت سوى عدد قليل من البرامج الوقائية، أو العلاجية ،أو التأهيلية ، نجاحه بصورة خاصة ، بينما تركز بعض الاهتمام ، خلال البحث عن بدائل علاجية فعالة ، على الممارسات العلاجية لممارسى الوخز بالإبر الصينية (acupuncturists) فى أجزاء كثيرة من العالم ، وعلى الرهبان البوذيين فى تايلاند ، والـ" curanderos " فى الولايات المتحدة والمكسيك ، والمعالجين الشعبيين فى ماليزيا . ومن بين الأمثلة المثيرة لمثل هذه البدائل ، نجد ممارسات المعالجين الشعبيين ، أو "بوموهات المخدرات" فى ماليزيا.

ومنذ منتصف السبعينات ، ركز كثير من "البوموهات" (bomohs) الماليزيين الذين يبلغ عددهم ٢٠.٠٠٠ جهودهم العلاجية على معالجة وتأهيل مدمنى الهيروين. ويعيش المرضى المدمنين عادة فى بيئات محكومة داخل المجمعات العلاجية للبوموه طوال مرحلة العلاج. وخلال تلك الفترة ، يخضع المرضى للمراقبة الدقيقة لمنع أية فرصة لابتلاعهم للمواد المخدرة .

ويفرض أغلب "بوموهات المخدرات" على مرضاهم تناول واحد أو أكثر من الأشربة النباتية على مدى فترات زمنية محددة ، وذلك لتقليل الآلام الانسحابية التى يتعرض لها المريض خلال مرحلة إزالة التسمم. ويعطى كثير من البوموهات مرضاهم حمامات "مطهرة" ، كما يقومون بتدليكهم وهم يتلون تعاويذ (charms) معينة (طقوس " pembenci " للكراهية) على مرضاهم لجعلهم يمقتون المخدرات. ويقوم البوموهات أيضا بتأدية بعض الطقوس الروحانية ، كما يلقون محاضرات دينية عن الإسلام ، ويطلبون من مرضاهم تلاوة آيات من القرآن الكريم والمشاركة فى حلقات التلاوة الشعائرية. ويقوم بعض البوموهات بكتابة بعض الآيات القرآنية على أجساد مرضاهم أو يطلب من المريض ابتلاع رماد قطعة من الورق المحروق التى كتبت عليها بعض الآيات القرآنية .

يقال أن جميع البوموهات لديهم أرواحهم المساعدة أو "المألوفة" الخاصة (ما يسمى "hantu raya" أو "pelisit") ، كما أشار بعض المرضى السابقين إلى أن استمرارهم فى الإقلاع عن المخدرات يرجع إلى خوفهم من "أرواح" البوموه ، والتى يمكن أن تنزل بحياتهم الخراب لو عادوا إلى تعاطى المخدرات[٩٣].

لم يتم حتى الآن تحديد درجة فعالية العلاج والتأهيل الذى يقدمه البوموهات ، من حيث مداومة المرضى على الإقلاع ، ومع ذلك ، وبرغم أن أغلب مرضى البوموهات يتم اختيارهم ذاتيا ، هناك دلائل على أن علاج البوموهات يماثل فى فعاليته – على الأقل – الطرق العلاجية التقليدية ، بل وربما كان أفضل منها. وبما أن أغلب المرضى يخضعون لأنماط علاجية مختلفة ، لم تكن البيانات التى تم

تجميعها عن تلك العلاجات ذات فائدة كبيرة. وبهذا تظهر الحاجة لإجراء دراسات إضافية ، وخصوصا الدراسات المستقبلية ، للتيقن من مدى فعالية تلك الأنماط العلاجية. ومع ذلك ، فما يمكن أن يقال هو أن هناك أعدادا كبيرة من مدمنى الهيروين الذين يلجأون لعلاج البوموهات. ويحصل المدمنون الذين يؤمنون بفائدة مثل هذه المعالجات على استجابة أفضل للعلاج .

وتشير دراسات المتابعة التى أجريت على مرضى الرهبان البوذيين فى تايلاند ، وعلى مرضى عدد من البوموهات فى ماليزيا ، إلى أن تلك المعالجات ، مقاسة بمعدلات الإقلاع عن المخدرات (كما يتم التحقق منها بتحليل البول) ، تبدو متفوقة (بل إنها متفوقة تماما بالفعل بالنسبة لبعض البوموهات) على التدخلات الأكثر تقليدية. ولم يتضح بعد سبب كون الأمر هكذا ، لكن البعض يرى أن سبب نجاح علاج البوموهات الماليزيين هو اعتماده على أسس تقليدية تاريخية ، وقدرته على إعادة إرساء القيم التقليدية وعلى إعادة ترسيخ هوية شخصية مميزة للمريض. وقد تم اختبار بعض الأشربة العشبية للبوموهات فى تجارب معملية ، فوجد أنها تثبط الأعراض الانسحابية فى الفئران المدمنة للهيروين. وقد أظهرت دراسة لمتابعة ٣٨٨ مدمن سابق عولجوا من قبل خمسة من "بوموهات المخدرات" أن معدلات الانقطاع عن تعاطى المخدر قد بلغت معدلا مرتفعا قدره ٥٠٪ بعد سنة من بداية العلاج. وبما أنه لا يمكن الاتصال بجميع المرضى ، فقد افترض أن جميع من لم يتم الاتصال بهم قد انتكسوا وعادوا لتعاطى المخدرات ، وبهذا الحد الأقصى من الصرامة فى تحليل البيانات ، بلغت المعدلات الكلية للتوقف عن تعاطى المخدر ١٣٪ (وهى معدلات مكافئة لأغلب برامج العلاج التقليدية) ، بينما بلغت تلك النسبة ٣٠٪ لاثنين من البوموهات .

تعتبر الثقافة الجماهيرية بأخطار إدمان المخدرات من المكونات الرئيسية لأى من الجهود الوقائية. وعلى سبيل المثال ، يجب أن تشتمل البرامج على رسائل عن معقبات تعاطى الكحول ، وتدخين التبغ ، وتناول الستيرويدات الابتنائية ، بالإضافة إلى رسائل (messages) عن أهم العقاقير التى ينظر إليها كعقاقير محظورة محتملة الإدمان. ولسوء الحظ ، فإن تحديد أى تلك الرسائل الوقائية أبلغ أثرا يحتاج لإجراء المزيد من الدراسات. ومع ذلك ، فمن الواضح أن هذه الرسائل يجب أن تكون متوافقة مع القيم الثقافية السائدة. فليس من الضرورى أن تؤدى الرسائل التى تستثير الخوف فى نفوس المتلقين ، إلى أفعال مؤثرة. ويمكن أن يؤدى التثقيف إلى زيادة المعرفة دون أن تنتج عنه التغيرات السلوكية المرجوة. وينطبق هذا بالمثل أيضا على السلوكيات المتعلقة بإدمان المخدرات ، بما فيها السلوكيات الجنسية المحفوفة بالمخاطر (risky sexual behaviors) التى تؤدى للإصابة بفيروس العوز المناعى البشرى (HIV) .

وفى بعض الثقافات ، كثيرا ما ترتبط أوقات الفراغ "بسلوكيات خطرة" بين المراهقين (مثل احتمال تعاطى الكحول أو المخدرات) ، وهذه رسالة متكررة فى وسائل الإعلام فى جميع أنحاء العالم(٩٧). ويعتبر هذا الإدراك صحيحا فى جميع طبقات المجتمع. وقد تكون الآثار الواقعة على أطفال الطبقات المجتمعية الوسطى والغنية هى محاولة لشغل أوقات الأطفال بالكامل كوسيلة لمنع تعاطى المخدرات وإدمانها. ولم يثبت سوى فى حالة الاندماج فى الأنشطة الدينية وحدها ، أن هذه الاستراتيجية لها أية فعالية وقائية فعلية ، وحتى فى تلك الحالات فقد كان الارتباط ضعيفا. ولا يعنى ذلك أن توفير أنشطة شغل أوقات الفراغ ليست له أهمية محتملة كجزء من استراتيجية وقائية أكثر شمولا ، ولا أن الضغوط أو السيطرة الجماهيرية على الرسائل التى توجهها وسائل الإعلام للشباب ليست ذات تأثير كبير .

ويتم حاليا تطوير برامج التثقيف فى أماكن العمل (work place education) والتدخلات الوقائية. ومن أجل نجاح هذه البرامج ، يجب أن يكون هناك استثمار من جانب أصحاب العمل /الحكومات للتيقن من الإنتاجية المستدامة من جانب العمال ، ومن الالتزام الحقيقى لإزالة الوصمة المتعلقة بمشكلات إدمان المخدرات .

ويقدم الوصول إلى الأشخاص الذين تم تهميشهم من قبل المجتمع ، بمن فيهم مجموعات المشردين ، وشباب الشوارع ، والأفراد المحتجزين فى المستشفيات والسجون ، تحديا متزايدا على الدوام . وهناك حاجة للأنشطة الممتدة (outreach activities) من أجل توصيل الرسائل الوقائية لعموم السكان ، وهى معروفة تماما وجيدة التطبيق فى كثير من البلدان. ويتمثل التحدى الذى يواجه تنفيذ البرامج الممتدة الناجحة فى العثور على عدد كاف من العاملين ، وتدريبهم بصورة ملائمة ، ودعمهم فى عملهم. وفى نهاية الأمر، فمن دون الجهود التى تستهدف تغيير العوامل الاجتماعية المستبطنة ، وربما المسببة ، فلن تزيد الجهود التثقيفية النوعية وغيرها من التدخلات ، فى أحسن حالاتها، عن كونها تلطيفية (palliative) .

الاستنتاجات

- يجب أن ينظر لتعاطى الكحول والمخدرات كمشكلات متعلقة بالصحة العامة من الطراز الأول . ويُضاعف إدمان الهيروين والكوكايين بحقيقة أنه بما أن تلك المواد

محظورة وبالتالى غير مقبولة مجتمعيا ، فكثيرا ما لا يتم تناول معالجة إدمان هذه المخدرات. وهناك ارتباط مباشر بين تعاطى المخدرات بالحقن الوريدى وبين انتشار الفيروس HIV كنتيجة لتشارك المدمنين فى المحاقن الملوثة . وتعد الممارسة الجنسية فى مقابل المخدرات ، والممارسة الجنسية غير المحمية (unprotected sex) تحت تأثير الكحول من الأسباب الرئيسية للانتشار المغاير للجنس (heterosexual) للإيدز . ويعانى مدمنو الجرعات العالية من الكوكايين والـ"crack" من عدد كبير من المشكلات الصحية ، بما فيها اضطرابات الجهاز القلبى الوعائى والاضطرابات العصبية - النفسانية الكبرى. وترتبط ممارسة الدعارة (prostitution) ، والسرقة ، والاستغلال (exploitation) ، بتعاطى المخدرات بصورة مباشرة ، مما يؤدى لتحلل النسيج الثقافى والأخلاقى للدول النامية .

- لا يبدو أن استراتيجيات التقليل من إمداد المخدرات قد قللت بصورة مؤثرة من إدمان الكحول والمخدرات. وعلى الرغم من أن الحكومات يجب ألا تتخلى عن هذه الاستراتيجيات ، فعليها أن تطور مكملات لها : أى سياسات أقوى لتقليل الطلب على المخدرات والكحول. ويجب أن تعمل هذه الجهود من خلال حملات التوعية الجماهيرية ، وأن تتضمن رسائل عن الوقاية ذات معنى بالنسبة للشباب ، وتشتمل على ذكر المخاطر المرتبطة بالاستخدام المتعارف عليه للتبغ والخمور الأقل قوة من الناحية الظاهرية . ويجب أن يتم استبدال المحاولات الساذجة لتثقيف طلبة المدارس فى الولايات المتحدة حول إدمان المخدرات ، والتى حملت شعار "الحرب على المخدرات" ، ببرامج ذات معنى من الناحية الثقافية ، توفر معلومات مبنية على الحقائق يمكن الاحتفاظ بها والرجوع إليها بعد ذلك ، كما يدعمها الآباء ، والمدرسون، وغيرهم من الشخصيات المهمة بالنسبة للشباب. ومن المهم أيضا دعم البرامج التربوية التى تستهدف الشباب من غير طلاب المدارس ، والذين يعيشون فى الطرقات ، وغير المنتسبين للمنظمات التقليدية ، والذين كثيرا ما يمثلون أغلب المستهلكين للمخدرات .وهناك أدلة متزايدة على أن التوعية بإدمان المخدرات تنفذ أفضل ما يكون ضمن إطار التوعية الصحية العامة[٩٨].

- يجب تطوير الاستراتيجيات العلاجية التى تركز على التقليل ، ومن ثم الإقلاع عن ممارسات تعاطى المخدرات بصورة غير آمنة. وعلى الرغم من توافر العديد من

الخيارات العلاجية فى الوقت الحالى ، يجب التوسع فى السعة العلاجية لتشمل افضل التدخلات المتاحة وأكثرها قبولا . وتعد المعالجة ضرورية لتوفير وسيلة لمساعدة أولئك الذين ينشدون المعونة ، وبذلك فهى تمنع حدوث ذلك النمط من الإذعان (resig- nation) الذى يديم الإدمان على المخدرات . وهناك حاجة لمعرفة الكثير عن المعالجات الفعالة للإدمان. وفى حين تبدو كل من المقاربات العلاجية التقليدية وغير التقليدية فعالة ، فمن الأفضل تقييم تلك المقاربات بطريقة نوعية للثقافة (culture-specific) وبالإضافة لذلك ، فلابد من توافر الالتزام من قبل النظام الاجتماعى الذى ينتمى إليه الفرد ، والمكون من المستويات الحكومية ، والتربوية ، والدينية ، والمجتمعية ، والأسرية ، من أجل تشجيع الوقاية من الانتكاس. ويجب أن تشتمل هذه البرامج ، بصورة مثالية ، على حملات تثقيفية تحمل تركيزا على المداواة ، وليس الإدانة أو التجريم المجتمعى للإدمان .

– لا يمكن للتركيز على التدخلات الفاعلة على المستوى الفردى وحده أن تحل بصورة ناجعة مشكلة إدمان المخدرات . ويجب أن توجه الأبحاث والسياسات نحو العوامل المؤثرة من الناحية السببية ، والتى تتضمن القوى الاقتصادية والاجتماعية المعقدة التى تدعم بداية إدمان المخدرات والمداومة عليه . ومن الضرورى قيام التحالفات بغرض إيجاد التدخلات الوقائية المتناسقة . ويجب أن تضم هذه التحالفات (coali- tions) أصحاب النفوذ السياسى، والدينى ، والاقتصادى ، بالإضافة إلى أولئك الذين يمثلون مصالح الأفراد أو الجماعات الخاصة. ومع ذلك ، فلا يمكن التكهن سوى بإحراز قدر ضئيل من التقدم ، ما لم تتم مواجهة العوامل الاجتماعية والاقتصادية المستبطنة وما يتعلق بها من قضايا حقوق الإنسان والمساواة الاجتماعية ، بصورة حازمة .

– تحدث عمليات نقل المخدرات والمواد الكيميائية اللازمة لتصنيعها فى غياب إما تشريعات التحريم المتناسقة ، أو الاتفاقيات المبرمة بين الحكومات التى قد تقدم حافزا عكسيا لهذه التجارة غير المشروعة . ويمكن إبطال الحوافز المادية المتعلقة بالترويج للمواد المخدرة المشروعة وغير المشروعة بتطوير نظم ضرائبية أكثر فعالية ، والحد من الاحتكار (monopolization) ، وتنظيم عمليات نقل المواد المخدرة وتلك المستخدمة فى تصنيعها. وبذلك تكون هناك حاجة لتركيز الجهود على مناطق بعينها تزيد فيها عمليات نقل المخدرات ، ومن ثم بحث الاتفاقيات اللازمة للحد من عمليات النقل غير المشروع هذه.

- يعد التفريق بين تعاطي ، وإدمان، والاعتماد على الكحول والمخدرات من المهام المعقدة. وتضم العوامل المحدِّدة طبيعة ، ومدى، وأضرار إدمان المخدرات ، وتقبل الشخص للتعاطى ، ومدى توافر المخدر أو الكحول ، والتوجهات الثقافية نحو تعاطى الكحول والمخدرات ، وما إن كان المرء سيوصم كنتيجة لإدمانه على المخدرات من عدمه. وعلى العكس من ذلك ، تتغاضى الكثير من المجتمعات عن تعاطى المخدرات الطبيعية بغرض تأدية الطقوس الدينية والتفاعل الاجتماعي بين أفرادها . وبما أن تعاطى الكحول والعقاقير المخدرة قد لا يتحول إلى إدمان صريح ، يمثل تحديد ارتباط مباشر بين التعاطى العارض وبين التعاطى الضار ، تحديا مماثلا. وهناك حاجة ملحة لدراسات وبائية دقيقة تعتمد مسميات متعارف عليها مثل الدليل ICD-10 .

- هناك نقص فى البيانات الموثوقة والمنهجية بخصوص مشكلات إدمان المخدرات. وقد تسبب تفتيت عمليات تجميع البيانات فى إعاقة تطوير السياسات الفعالة ، كما عطلت إدراك شدة وحجم المشكلة . وبالإضافة إلى ذلك ، يتوجب تطوير طرق المساعدة فى التفريق بين "التعاطى" و"الإدمان" ، والاعتماد على المخدرات ، من أجل تجميع البيانات التى تنتج معلومات مفيدة. وسيعالج النظام "أطلس" (ATLAS) ، وغيره من الأنظمة، كثيرا من نقاط الضعف الحالية فى الطرق المنهجية لتجميع البيانات . ولكن حتى تلك الاستقصاءات تترك وراءها ثغرات متعلقة بدمج الطبيعة المعقدة لإدمان المخدرات كمشكلة اجتماعية واقتصادية. ويتوجب على الحكومات تفسير التأثيرات الاقتصادية والاجتماعية السلبية لإدمان المخدرات بصورة تحد من إنتاج وترويج المخدرات فى بلدانها . ويستلزم ذلك بذل الجهود بالتنسيق بين الهيئات الحكومية وبين الإرادة السياسية من أجل معالجة المشكلة. ويجب أن يُفهم أن التكاليف الاقتصادية والاجتماعية للتأثيرات الناجمة عن الإدمان كثيرا ما تفوق الدخل الذى توفره الضرائب المفروضة على الكحول والتبغ ، أو تلك الأرباح التى تجنيها قلة قليلة من الناس .

- تزداد معدلات استهلاك الكحول باطراد فى البلدان منخفضة الدخل. وتشير الأبحاث إلى أن ١٥٪ - ٢٠٪ من البالغين فى أمريكا اللاتينية يفرطون فى تعاطى الكحول ؛ كما تظهر المناطق الحضرية فى الصين تفشيا مؤثرا لتعاطى الكحول ؛ وقد ازداد عدد النساء اللاتى يتعاطين الكحول فى بلدان أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى ،

وفى البلدان الإسلامية ، بصورة كبيرة. ويجب أن يصبح التركيز على خطورة تعاطى الكحول ، كسبب رئيسى للمراضة والوفيات ، من المكونات الأساسية فى صياغة السياسات الشائعة لمواجهة إدمان المخدرات .

– تضم التأثيرات السلبية للإفراط فى تعاطى الكحول الحوادث المرورية ، والقتل ، والانتحار ، مما يشير لأن الكحول يعد سببا مباشرا للإصابات الجسدية وللسلوك العنيف. وتعنى الإصابة بتشمع (تليف) الكبد (cirrhosis) والدوالى المريئية (esophageal varices) ، وغيرهما من اضطرابات الجهاز الهضمى الناجمة عن الإدمان المزمن على تعاطى الكحول ، أن الكحول يعد سببا مهما للإصابة بالأمراض المزمنة الخطيرة التى تسهم فى زيادة المراضة ، والوفيات ، وتكاليف الرعاية الصحية. وقد يستثير التعاطى المزمن للكحول ، فى نهاية الأمر ، حدوث مرض عقلى مستبطن مثل الاكتئاب ، أو حتى الإصابة باضطرابات نفسية أكثر حدة مثل الذهان. وقد أظهرت الأبحاث أن نسبة متزايدة من حالات الدخول إلى عنابر الأمراض النفسية فى المستشفيات هى من مدمنى الكحول. ولهؤلاء المرضى ، نمطيا، أقارب من الكحوليين ، كما يظهرون نزعات معادية للمجتمع (sociopathic) ، ويعانون من الاكتئاب. ويجب تنفيذ البرامج التى تعالج مدمنى الكحول بطريقة ملائمة ، كجزء من التخطيط للصحة العامة والسلامة العمومية. كما تمنحها التكاليف المادية للإدمان أولوية قصوى .

– تتزايد معدلات إدمان المخدرات والكحول نتيجة للتحولات الاجتماعية السريعة ، ووجود المؤسسات السياسية القمعية ، ونقص فرص التوظف. وبالإضافة إلى ذلك ، يعد تعاطى المخدرات والكحول طريقة للتخفيف من حدة الملل ، والإحباط، والظروف المعيشية غير المحتملة. ويتعرض المراهقين والشباب على وجه الخصوص لخطر الوقوع فى شرك الرسائل الإعلامية التى تتضمنها الإعلانات ، والتى يتم تضخيمها من خلال ضغوط الأقران – والتى تشير إلى أن تعاطى المخدرات والكحول يعدُ بمنحهم أنماطا حياتية قد لا يستطيعون تحقيقها فى عالم الواقع. ولذلك يجب الحد من الإعلانات التى تحمل مفاهيم إغوائية أو استغلالية .

– برغم أن كثيرا من الحكومات على علم بالتأثيرات المدمرة للإفراط فى تعاطى الكحول على تنمية الموارد الوطنية ، يبدو أنه ليس هناك من حافز للتقليل من توافر واستهلاك الكحول. وتقوم الحكومات بتشجيع الكسب الاقتصادى من بيع الكحول وفرض الضرائب عليه ، بصورة مباشرة وغير مباشرة ، على الرغم من المشكلات الاجتماعية السلبية الناتجة عن إدمان الكحول ، مثل التشتت الأسرى ، والعنف ، وسوء التغذية. ولذلك ، فمن الضرورى إظهار أن التكاليف غير المباشرة لتعاطى وإدمان المخدرات ، تتسبب فى أكثر معادلة المكاسب المادية التى تحصل عليها الحكومات. وعلى ذلك ، يتوجب إجراء المزيد من تحليلات التكلفة – الفائدة بدعم ومشاركة الحكومات المعنية. وبناء على نتائج الأبحاث ، ستمتلك الحكومات الحافز لتوجيه الاعتمادات لتطوير البرامج العلاجية والتوسع فيها .

– يجب أن تتم معالجة تعاطى المستنشقات كمشكلة صحية تماثل فى خطورتها أية مشكلة متعلقة بإدمان المخدرات. ويمثل استنشاق المواد الطيارة من قبل الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين الرابعة عشرة والرابعة والعشرين ، واحدة من أسوأ مشكلات إدمان المخدرات فى أمريكا اللاتينية. وتضم التأثيرات الجانبية "لشَم" (sniffing) مرققات الدهان ، وأصباغ الأحذية، والصمغ الصناعى، تلف الجهاز العصبى المركزى والأعضاء الحيوية للجسم. ويمثل تأثير استخدام المستنشقات على صحة الشباب حالة طبية طارئة.

الهوامش

(١) المصدر : .World Bank, 1993a

(٢) معدلة من .World Health Organization, 1993c

(٣) المرجع السابق

(٤) المصدر : .Heggenhougen, 1979

(٥) المصدر : .Brenner, 1975

(٦) المصدر : .[1854] Engels, 1969

(٧) المصدر : .Belsasso, 1978

(٨) المصدر : .Ortiz et al., 1992

(٩) المصدر : .Argandofia,1993

(١٠) المصدر : .Babor, 1993; Sugar et al., 1992

(١١) المصدر : .Coombs and Globetti, 1986

(١٢) المصدر : .[1854] Engels, 1969

(١٣) المصدر : .Singer, 1986

(١٤) المصدر السابق.

(١٥) المصدر : . .Doyal, 1979

(١٦) المصدر : .Wolcott,1974

(١٧) قام بإعداد الإطار كل من مايكل وسوزان هوايت Michael and Susan Whyte من معهد الأنثروبولوجيا التابع لجامعة كوبنهاجن بالدانمرك.

(١٨) انظر .Lin and Lin, 1982

(١٩) المصدر : .Shen, 1987

(٢٠) المرجع السابق.

(٢١) المصدر : .Shen et al., 1992

(٢٢) المصدر : Agahi and Spencer, 1982; Aldy et al., 1985; Suwanwela and Po-shyachinda, 1986.

(٢٣) المصدر : Asuni, 1964.

(٢٤) المصدر : Schenker and Speeg, 1990.

(٢٥) المصدر : Ray and Chandrashekhar, 1982.

(٢٦) المصدر : Royal College of Physicians, 1987.

(٢٧) مقتبسة من Edwards et al., 1994.

(٢٨) المصدر : Obot, 1989, cited in Obot, 1990.

(٢٩) المصدر : Obot and Olaniyi, 1989; cited in Obot, 1990.

(٣٠) المصدر : Babor, 1993.

(٣١) المصدر : Acuda, 1985.

(٣٢) المصدر : Kua and Ko, 1991.

(٣٣) المصدر : Cherpitel, 1993; Cook, 1990; Gureje and Olley, 1992; Rosovsky and Lopez, 1986.

(٣٤) المصدر : Sugar et al., 1991.

(٣٥) المصدر السابق.

(٣٦) المصدر : Kua and Ko, 1991.

(٣٧) المصدر : Finkler, 1993.

(٣٨) معدلة من Montenegro, 1993.

(٣٩) المصدر : Pakistan Medical Association, 1987.

(٤٠) المصدر : Aslam, 1992.

(٤١) المصدر : Aslam, 1993.

(٤٢) المصدر : Mufti, 1986.

(٤٣) المصدر : Ebie and Pela, 1982.

(٤٤) المصدر : Baasher, 1989.

(٤٥) المصدر : Smart et a1., 1981.

(٤٦) المصدر : Oviasu, 1976.

(٤٧) المصدر : Baasher, 1989; Belsasso, 1978.

(٤٨) المصدر : Cameron and Debelle, 1984.

(٤٩) المصدر : Belsasso, 1978.

(٥٠) المصدر السابق.

(٥١) المصدر : Cravioto et al., 1992.

(٥٢) المصـــدر : The Study on Youth and Drugs and the 20th Expert Committee on Drug Dependence, cited in Argandona, 1993.

(٥٣) المصدر : World Bank, 1993.

(٥٤) المصدر : Solis and Wagner, 1992; cited in NIDA, 1992.

(٥٥) المصدر : World Health Organization, Programme on Substance Abuse, 1993b.

(٥٦) المصدر : Pope and Katz, 1990.

(٥٧) انظر Ebie and Pela, 1982.

(٥٨) المصدر : Odiase, 1980, cited in Ebie and Pela, 1982.

(٥٩) المصدر : Asuni, 1964; Boroffka, 1960.

(٦٠) المصدر : Nevadomsky, 1982; Ebie and Pela, 1982.

(٦١) المصدر : Nahas, 1971.

(٦٢) المصدر : Dhadphale and Omolo, 1988.

(٦٣) المرجع السابق.

(٦٤) المصدر : Kalix, 1987.

(٦٥) المصدر : Kennedy,1987.

(٦٦) المصدر : Omolo and Dhadphale, 1987.

(٦٧) المصدر : World Bank, 1993a.

(٦٨) المصدر : Senay, 1991.

(٦٩) المصدر : World Health Organization, Programme on Substance Abuse. 1992.

(٧٠) المصدر: NIDA, 1992. :لا يبدأ تعاطي المخدرات ، ومن ثم إدمانها، "من جديد" "de novo" مع كل عقار جديد ؛ إذ يمكن اكتشاف عملية من "التدرج" graduation من تعاطى عقار للذى يليه. وكما هو مذكور فى ذلك الكم الهائل من الدراسات التى أجريت على جميع ثقافات العالم تقريبا، يعد النيكوتين (أى تدخين السجائر) أكثر المواد التى يمكن الاعتياد على تعاطيها شيوعا بين الغالبية العظمى (٨٨,٧٪) من مدمنى الهيروين. وتؤكد هذه النتيجة ، بالإضافة إلى البيانات الأخرى التى توضح الدور الهام الذى يلعبه التبغ كعقار "مدخلى" gateway drug، على اتصالية معاقرة المواد القابلة للإدمان (انظر Navartnam and Foong, 1989). ونادرا ما تم تقرير الكحول (٨,٩٪) أو الحشيش (٢٪) أو الهيروين (٠,٤٪) كعقار أول للإدمان قبل التبغ. أما فى تصنيف "العقار الثانى" للإدمان، فيحتل الكحول (٣٧,١٪) ، والحشيش (٣٨,٧٪) موقع الصدارة، فى حين تمثل العقاقير الأفيونية opiates – أى الهيروين والمورفين– نسبة ١٣,٧٪. ويظهر مدمنو الهيروين ارتباطا قويا بين العمر الذى يبدأ فيه تعاطى العقار لأول مرة، وبين نوع العقار المستخدم (انظرNavartnam and Foong, 1989) . ويبدأ تعاطى العقار لأول مرة فى مرحلة المراهقة فى أغلب الأحيان. وعادة ما يتم "التجريب" على تعاطى العقاقير الأفيونية بين مدمنى الهيروين فى أوائل العقد الثالث من العمر . وتقدم لنا مثل هذه المعلومات إطارا لفهم أنماط التوالى المتعلقة بتعاطى المخدرات ، مما يجعل البيانات المتوفرة ذات مغزى، إضافة إلى أن تلك المعلومات ترشدنا للأوجه التى يمكن من خلالها تطوير البرامج الفعالة للوقاية.

(٧١) المصدر : Montagne,1991.

(٧٢) المرجع السابق، ٢٧٨، وهو يستشهد بلجنة الرئيس (الأمريكى) حول الجريمة المنظمة (١٩٨٦)؛٣٤٣ .

(٧٣) المصدر : Cravioto et al., 1992.

(٧٤) المصدر : Cohen, 1964.

(٧٥) المصدر : Oetting et al., 1988.

(٧٦) المصدر : Aslam, 1989; Gossop, 1989.

(٧٧) المصدر : Carlini-Cotrim and Carlini, 1988.

(٧٨) المصدر : Baasher, 1981.

(٧٩) المصدر : Inciardi, 1987.

(٨٠) على سبيل المثال؛ قررت اللجنة البريطانية العليا أن ٦٥٪ من جميع كميات الهيروين المضبوطة فى المطارات البريطانية (٥٠ جرام أو أكثر) فى عام ١٩٨٦، كانت واردة من نيجيريا ، انظر (Obot, 1990)، وفى الوقت نفسه ، ارتفع عدد حالات الكوكايين التى ضبطتها إدارة الجمارك والضرائب فى نيجيريا من حالة واحدة فى عام ١٩٨٢، إلى ١٢٣ حالة فى عام ١٩٩٢ .

(٨١) المصدر : Asuni and Bruno, 1984.

(٨٢) المصدر : Heather et al., 1993.

(٨٣) المصدر : McGlothlin, 1980.

(٨٤) المصدر : Suwanwela and Poshyachinda, 1980 ؛ انظر أيضا Edwards and Arif (1981) من أجل مراجعة لعدد آخر من أمثلة البرامج الوطنية لتقليل استهلاك المخدرات والكحول.

(٨٥) المصدر : World Health Organization, 1991b.

(٨٦) المصدر : Pickens and Fletcher, 1991.

(٨٧) المصدر : Bourne, 1975; Heggenhougen, 1984.

(٨٨) المصدر : Westermeyer, 1973, 1979. 89. Vichai et al., 1978.

(٨٩) المصدر : Wen and Cheung, 1973.

(٩٠) المصدر : Patterson, 1974; Sainsbury, 1974.

(٩١) المصدر : Gimlette and Thomsen, 1939. 93. Heggenhougen, 1984.

(٩٢) المصدر : Belsasso, 1978.

(٩٣) المصدر : World Health Organization, 1990.

(٩٤) المصدر : Solis and Wagner, 1992.

(٩٥) المصدر : Carlini-Cotrim and Aparecida de Carvalho, 1983.

(٩٦) المصدر : Montagneand Scott, 1993.

الفصل الخامس

العنف

(Violence)

يعد الوجود المستمر للعنف الجماعي واحدا من أكثر سمات أخريات القرن العشرين إزعاجا. ففي العقدين الأخيرين ، كانت الصراعات المنخفضة الحدة في نيكاراجوا، وأنجولا ، وموزمبيق ، وأنظمة الحكم القمعية في ميانمار (بورما) ، وجواتيمالا ، والسلفادور، وجنوب أفريقيا ، وإندونيسيا ، و"الحرب القذرة" بين الأرجنتين وشيلي ، والحروب التي وقعت في الهند الصينية ، والصراعات الأهلية ، والعرقية، والدينية في أمريكا اللاتينية ، وجنوبي آسيا ، وشرق أوروبا ، ووسط آسيا ، وأيرلندا الشمالية ، والشرق الأوسط ، تمثل موجة جديدة من العنف ، والتعذيب ، والأساليب القمعية .

تؤدي الحروب ، والصراعات الطويلة الأمد، والقمع السياسي ، إلى فيض من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الإحساس بالعافية. ويؤدي الاعتداء على المجتمعات إلى إعاقة عمليات إنتاج الغذاء ، وخدمات النقل العام ، والبنية الاقتصادية التحتية ؛ ويؤدي فَقد الطعام والدخل إلى زيادة الفقر وسوء التغذية. وينتج ضغط إضافي على القاعدة الاقتصادية بفعل زيادة الإنفاق على شراء الأسلحة. وكثيرا ما يسبب العنف الموجه ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية ضغطا شديدا ومستديما على الخدمات الصحية .عندما يجبر الناس على هجر بيوتهم ومجتمعاتهم ؛ يتسبب هذا التغريب في تمزيق الروابط التبادلية والاجتماعية ، ويزيد الوضع الهامشي

(أو غير القـانونـى) للاجئين سـوءا ، ويتسبب فى حدوث صدمات نفسية إضـافية ، وعدم القدرة على الحداد (mourning) ، ومزيد من التدهور فى المستويات المعيشية . وهنا تتحطم الأسر ويتعرض الأطفال إما لليُتم أو للهَجر من قبل ذويهم .

وبالإضـافـة إلى الفـقـد فى الحـيـاة ، وتمزق العـائلات ، وتشـرد السكان ، وتـعطل المؤسسات الاجتماعية والاقتصادية ، هناك عدد آخر من الصدمات النفسية. وتضم هذه المشكلات الخوف ، والألم، والفَقـد ، والأسى، والشـعـور بالذنب ، والقلق ، والكراهيـة ، والحزن ، وانحـلال الأنماط اليـومـيـة للأنشطة الاجـتـمـاعـيـة (sociality) ، واللغـة ، واكتساب الخبرات. وفى المقابل ، فكثيرا ما يتعايش انهيار الأنظمة الاقتصادية ، والاجتماعية ، والسياسية ، وضعف النسيج الأخلاقى للمجتمع ، مع الصراعات المنزلية ، والأهلية ، وتلك الشبيهة بحروب العصابات .

اكتشفت الدراسات التى تناولت الصحة العقلية للمدنيين الذين تعرضـوا لويلات الأنماط التـقليـدية للحـرب فى أوروبا وغيـرها ، بصـورة عـامـة ، أنه على الرغم من أن مـعدلات الإصـابة بالضـوائق النفسيـة تزداد أثناء الصـراعـات المسلحـة ، إلا إن تلك الضوائق غالبا ما تكون حادة ومؤقتة (مع وجود استثناءات ملحوظة تضم الناجين من التعذيب ، وأسرى الحرب، والناجين من معسكرات الموت النازية). ويظهر نوع مـختلف تماما من الضـوائق النفسـيـة فى الدراسات الحـديثـة على الناجـين من أحـداث العنف السـيـاسى ، والصـراعـات العرقـيـة ، والنزاعـات المنخـفـضـة الحدة التى عذبت سكان كمبوديا ، وفيتنام ، وأفريقيا ، وهايتى ، وأمريكا الوسطى والجنوبية. وغالبا ما تتسم الصـدمـات النفسية نتيجة للحـرب والرعب السـائدين فـى تلك المناطـق ، والتى كثيرا مـا تظهر فى صورة خوف وقلق عموميين وشـاملين يحًسان على المستوى الجسدى ، بكونها شديدة الحدة وطويلة الأمد .

وترتبط تلك التـغـيـرات الحـادثة فى تكرارية ، وبنية، ومدة الصـدمـات النفسـيـة بثلاثة عوامل رئيسية .

أولا، أدت الأزمـة النووية وسـقـوط أنظمـة الحكم الشـمـولية خـلال السنوات القليلة الماضية ، إلى خلق موقف أصبحت فيه الصراعات المنخفضة الحدة فى الدول الفقيرة

هى أكثر أنماط الصراعات الواسعة المدى تكرارا . ويوضح الجدول ٥-١ عدد الصراعات المسلحة فى العالم عام ١٩٨٧ ، تبعا لحسابات برنارد نيتشمان (Nietsch-mann) ، وهو أستاذ الجغرافيا بجامعة كاليفورنيا فى بيركلى : حيث نشب ٧٢٪ من الصراعات بين نظام سياسى مركزى ، أو "دولة" ، وبين شعب متميز عرقيا ، أو "أمة" ، ولم تزد نسبة الصراعات الناشبة بين الدول عن ٣٪ (مثل الحرب بين العراق وإيران). وعلى وجه العموم ، فقد ضمت ٨٢٪ من الصراعات شعوبا ذات أهمية سياسية هامشية ، أو ما يسمى بشعوب "العالم الرابع". وقد حرضت أغلب تلك الصراعات الحكومات ضد الأمم الأصلية ، كما حرضت حركات حرب العصابات التمردية ضد حكومات الدول[١].

تهدف الحروب المنخفضة الشدة للسيطرة على مجموعة سكانية معينة ، وليس منطقة من الأرض ، من خلال الرعب والتدمير . ويكون المدنيون ، خلال تلك الصراعات ، مستهدفين وليسوا مجرد ضحايا عرضيين للقتال بين الفرق المتناحرة ؛ وغالبا ما يكون أولئك من القرويين الذين لا ينتمون لأية منظمات رسمية أو أحزاب سياسية ، والذين يتعرضون للموت إما نتيجة للعمليات الحربية المباشرة ، أو نتيجة للمسغبة (starvation) الناتجة عن الحرب. وعادة ما يكون الناجون ضحايا للتشرد ، والجوع ، والاضطرابات الاجتماعية ، والعنف المدنى ، والأسى غير المحتمل .

من بين السمات الأساسية للصراعات "المنخفضة الحدة" (low-intensity con-flicts) ، أن الحياة اليومية تتعرض لضغوط مستمرة ومخيفة. وفى نيكاراجوا ، تسبب الإرهاب الجماعى للمدنيين ، والتهديد المستمر لحياة المرء ومصالحه ، والصدمات الناجمة لأجل "المختفين" ، وأعمال العنف التى لا يمكن التكهن بها ، والتهجير الجماعى للسكان ، فى خلق جو من الكرب ، والخوف ، والحداد ، والشك. وتشير الأبحاث التى أجريت فى نيكاراجوا وموزمبيق إلى أن الناجين يعانون من عدد من الاعتلالات الجسدية والاضطرابات العاطفية[٢].

أما السمة المحدِّدة الثانية للعنف فى يومنا هذا ، فهى الوجود المستمر للأسلحة الفتاكة. وقد أسهمت المبيعات العالمية للأسلحة ، والسوق الرائجة لمثل هذه الأسلحة ، فى زيادة حدة الصراعات بمجرد اندلاعها. وتعد حقول الألغام الأرضية (land mines) خطيرة على وجه الخصوص ، لأنها تمثل تهديدا مستمرا حتى فى أوقات السلم .

- جدول ٥-١ : الصراعات المسلحة عام ١٩٨٧:

نوع الصراع	العدد	الاجمالى الفرعى	النسبة المئوية
دولة ضد دولة	٤		٣
دولة - تمرد	١٨		١٥
دولة - أمة	٧٧		
دولة - أمة متعددة الأعراق	٥	٨٦	٧٢
احتلال دولة أجنبية	٤		
أمة - أمة	٥		
		١٢	١٠
تمرد - دولة	٦٦		
أمم مشتملة		٩٨	٨٢
الاجمـــالـــى	١٢٠		

المصدر: Nietschmann ,1987

وقد ذكرت تقارير مشروع الأسلحة (The Arms Project) لمنظمتى Human Rights Watch و Physicians for Human Rights أن هناك نحو ٨٥ إلى ٩٠ مليون لغم أرضى تهدد حياة المدنيين فى اثنين وستين بلدا(٦٢). ويموت أو يصاب أسبوعيا نحو ١٥٠ شخص - أغلبهم من المدنيين - بفعل الألغام الأرضية فى جميع أنحاء العالم ؛ وفى كمبوديا وحدها فقد نحو ٣٠,٠٠٠ شخص أطرافهم ، نتيجة للألغام الأرضية فى الغالب. وكثيراً ما تتطلب الجروح الجسدية عمليات للبتر، ضحية كانت أو جراحية. وكثيرا ما تستلزم حالة أولئك الذين يبقون على قيد الحياة بعد الإصابة الأولية رعاية مكثفة فى المستشفى ، ومعالجة طبيعية ، وأطراف اصطناعية. ويتعرض بعض الأفراد للتشوه الشديد ، أو أنهم لا يعودوا قادرين على الحياة المنتجة. ويجعل وجود حقول للألغام التى لم يتم تفجيرها أراض كثيرة غير قابلة للسكنى ، مما يتسبب فى حدوث آثار اقتصادية واجتماعية ضارة .

والسمة المحدِّدة الثالثة للموجة الجديدة من العنف الجماعى هى أن الممارسات الوحشية ضد المدنيين كثيرا ما تحكمها "جماليات للرعب" (aesthetics of terror) عميقة

ومدمرة[٤]. وقد لاحظ داس ونادى (Das & Nandy) أن أشد ما أزعج الهنود أثناء التقسيم الدموى لبلادهم إلى الهند وباكستان وبنجلادش ، هو نمط العنف المستخدم فى ذلك الوقت ؛ أى قتل الجيران والفظائع التى ارتكبت بحق النساء بسبب الانتماء الدينى فحسب[٥] وتمارس الأنظمة القمعية الإرهاب باعتماد نمط مماثل من العنف . وتذكر تقارير سنتياجو (Santiago) وجود نمطين مختلفين للقتل فى السلفادور[٦]. ففى الحين الذى يقتل فيه مقاتلو حرب العصابات أكبر عدد ممكن من الجنود ، وبأسرع وقت ممكن ، فإن القوات المسلحة السلفادورية " لا تقتل فحسب ، بل إنها تقتل بطريقة مميزة". ويضيف سنتياجو قائلا :" لا يُغتال الناس على أيدى فرق الموت السلفادورية فحسب – بل تقطع رءوسهم ، ثم توضع جماجمهم على أسنة الرماح ، لتستخدم كعلامات محددة للأراضى .... وليس يكفى أن يقتلوا الأطفال ؛ بل يتم سجب أجسادهم فوق الأسلاك الشائكة حتى يسقط اللحم عن عظامهم فى الحين الذى يُجبر فيه الآباء على المشاهدة" [٧].

طرق ممارسة العنف تنتج بعض أنماط التدمير عن رغبة قوة سياسية أو عسكرية فى إضعاف معنويات مجموعة سكانية ما. وبالفعل ، فمع وجود العديد من أفعال العنف السياسى ، هناك علاقة مباشرة وسببية بين العنف والاضطرابات العقلية. وعندما يهدف القتال للسيطرة على المجموعات السكانية ، وليس الأرض ، كما هو الحال فى كثير من أعمال العنف السياسية ، يصبح الذهن واحدا من أهم ساحات القتال. وكثيرا ما تحاول المجموعات السياسية بث الرعب فى نفوس أفراد مجموعة سكانية بعينها من خلال العنف ، والسَجن ، والتعذيب ، وحالات الاختفاء ، وتقويض نظام الرعاية الصحية ، وهنا يحاول المتأثرون بالعنف جاهدين للاحتفاظ بالإحساس بالسواء (normality) ، والعافية ، والارتباط المجتمعى .

ويمكن للعنف السياسى أن يتخذ صورا عديدة ، تتراوح ما بين الاغتيالات و"حالات الاختفاء" التى تنفذها الأنظمة القمعية ،إلى العنف البنيوى (structural vio-

lence) الناتج عن الأوجه الحادة لعدم المساواة فى فرص الحصول على المسكن ، والمياه، و الطعام ، و العمل ، و الأراضى ، و الصرف الصحى ، و التعليم ، والرعاية الصحية. وكثيرا ما تُنتج الأنماط المختلفة للعنف تأثيرات محددة ، ولكنها مرتبطة ببعضها البعض. وأسهمت الأساليب القمعية التى انتهجتها - خلال العقدين الماضيين - الأنظمة العسكرية للحكم فى الأرجنتين ، والسلفادور ، وجواتيمالا ، فى خلق مناخ سائد من الخوف ، والشك ، والاضطراب. وبدورها ، يعتبر الفقر ، وسوء التغذية ، وسياسات العزل الاجتماعى ، والتى يعالجها بصورة يومية أولئك السكان الهامشيين لبلدان مثل البرازيل ، والبيرو ، والصين ، والولايات المتحدة ، نتائج مباشرة للعنف المنظم الذى يمارس ضدهم . ويترافق القمع والعنف البنيوى مع بعضهما البعض. فقد عانى ضحايا نظام التفرقة العنصرية (apartheid) السابق فى جنوب أفريقيا من الاعتقالات العشوائية ، والضرب ، والغارات ، والتعذيب. وفى الوقت نفسه ، فقد ساهم العنف البنيوى الذى يميز نظام التفرقة العنصرية هناك ، فى إحداث الفقر ، وسوء التغذية ، وتدنى مستويات التعليم ، والتكدس فى المناطق الحضرية ، والصراعات الاجتماعية فى المدن الأفريقية[٨]. ويبدو أن للأنماط الأخيرة من العنف أشد التأثيرات تدميرا ، إن لم نقل أشدها دراماتيكية ، على رفاهية أطفال جنوب أفريقيا[٩].

وفى كل يوم ، كثيرا ما تمارس العنصرية المؤسساتية ، والصراعات العرقية ، والملاحقات الدينية ، ضغوطا مماثلة على رفاهية الأفراد من ذوى الأهمية السياسية الهامشية. وتسهم العنصرية والملاحقات الدينية الظاهرة فى بلدان مثل الولايات المتحدة ، وجنوب أفريقيا ، وأوروبا ، فى توفير خيارات حياتية محدودة ، وفى تسبيب الفقر ، والتوترات المجتمعية ، والعنف .

ومن الملاحظات الشائعة كون الكثير من الصراعات العرقية ، مثل الاضطرابات التى تلت اغتيال السيدة إنديرا غاندى فى الهند ، ناتجة عن أفعال غير منظمة من العنف الغوغائى (mob violence). وتظهر الأبحاث الحديثة أنه كثيرا ما يكون هناك تخطيط وتوجيه للاضطرابات العرقية ، مع وجود أفكار "للعرقية" (ethnicity) تصنعها المصالح السياسية لأغراضها الخاصة (انظر إطار ٥-١)[١٠]. ويقوم السياسيون المحليون وزعماء العصابات الإجرامية بإثارة الجماهير ، وتوزيع الخمور ، وتوفير

المواصلات، والأسلحة (بما فيها الكيروسين أو الجازولين لإشعال الحرائق عمدا) ، وأسماء وعناوين منازل الضحايا ومقار أعمالهم. وكثيرا ما تسهم الشرطة فى هذا العنف بعدم بذل أى جهد لمنع وقوعه. وغالبا ما يوجه العنف نحو تقليل الرخاء الاقتصادى المزعوم وتقليص هامش التفوق للمجموعة المنافسة : فيتم تحطيم المنازل وتخريب الأعمال. ويتعرض الرجال للقتل من أجل تقليص القوة الوظيفية والمهنية للآخرين ؛ وتتعرض النساء للاعتداء فى صورة الاغتصاب ، وتحطيم منازلهن ، وصعوبات الترمل . وبعض من أهم التأثيرات الناتجة عن هذا النوع من العنف اجتماعية ؛ إذ تحاول جميع أطراف الصراع إدراك المضامين الثقافية لقتال الجيران لبعضهم البعض ، والقادة الحكوميين المعروفين الذين يفشلون فى إيقاف سفك الدماء. وبفشلها فى حماية مواطنيها ، بل وبانسحابها من الأماكن العامة للقتل ، تتسبب الحكومات فى أزمة من انعدام الشرعية (delegitimation) تزيد من تقويض السلطة الشرعية ، وتخلق نوعا من البلادة، واليأس، و السخرية الانعزالية (alienating cyni-cism) الواسعة الانتشار .

وفى بعض الأحيان ، لا يكون الهدف من العنف هو السيطرة على مجموعة سكانية أو على منطقة من الأرض ، بل محو أمة بكاملها من الوجود. وتعمل سياسات التطهير العرقى للمسلمين والكروات فى البوسنة ، وإبادة الشعوب الأصلية فى أمريكا الجنوبية ، وأفريقيا، ومنطقة الباسيفيكى ، على تدمير هذه الأمم والثقافات. وفى البوسنة ، اعتمدت القوات الصربية على القتل ، والمذابح الجماعية ، وعمليات الاغتصاب المنظمة ، لتحقيق هدفها فى القضاء على المجموعات السكانية من الكروات والمسلمين ، وإقامة مناطق خالصة العرق (ethnically pure) يمكن توطين الصرب فيها فيما بعد .

ثقافات الخوف (Cultures of Fear)

تهدف الأنظمة الشمولية من جنوب أفريقيا (سابقا) إلى ميانمار ، إلى فرض مناخ من الخوف والاضطراب بين المدنيين من خلال عملية من القمع المكثف. فالخوف من الأدوات الحيوية للسيطرة على المجتمعات. وبالنسبة للمجموعات السكانية عموما ،

تسعى الأنظمة القمعية جاهدة لفرض الشعور بالخوف والعجز. أما بالنسبة للأفراد المحتجزين فى السجون ، فهى تحاول إحداث نوع من "التعرية الشخصية"(personal dismantling) .

تتسم الحياة اليومية للأنظمة القمعية أثناء أشد فترات العنف ، بحالات "الاختفاء"، والاغتصاب ، والاعتقال ، ومواجهة الجثث فى كل مكان ، والتهجير القسرى ، وتفتيش المنازل ، والرقابة (على المطبوعات وغيرها) ، والطرد من الوظائف ، والحرمان الاقتصادى أو الاجتماعى. وكثيرا ما يكون هناك وجود مستمر لما يطلق عليه أجوديلو (Agudelo) بذكاء "العنف الرمادى" (Grey violence): أى تلك الترسانة المتقطعة وغير المتوقعة من حالات الاغتيال السياسى ، والقتل ، وتفجير القنابل ، والإعدام ، والتعذيب ، وتدمير المنازل والأعمال والقرى[١٢]. ويؤدى التهديد المستمر باستخدام العنف إلى تحطيم روتين الحياة اليومية ؛ فما كان يعد تعايشا يفقد مغزاه عندما يصبح العنف جزءا من الحياة اليومية. ولا يتم قبول العنف كجزء من الحياة اليومية ، بل إنه ينتج نوعا من عدم الارتياح الغريب والمقلق. و فى تلك "الحرب النفسية" الدائرة فى السلفادور ، قد يحدث "تشوش" (unhinging) فى العلاقات الاجتماعية ، يستقطب المجتمع على أثره إلى إحدى نهايتين شديدتى التباين ؛ وهنا يسود مناخ عام من التوتر وانعدام الثقة[١٣].

وبالمثل ، فقد خلق العنف المدنى الذى عصف بكولومبيا على مدى العقدين الماضيين موقفا يتسم بالخوف ، وانعدام الثقة ، والبلادة ، وانعدام الأخلاق. وغالبا ما يتخذ العنف الدائر فى جميع أنحاء هذا البلد صورة فرق الموت (death squads) ، والخطف ، والاغتيالات ، والقتل العشوائى ؛ وقد ظل القتل محتلا لرأس قائمة أكبر أسباب الوفيات فى مدينتى كالى (Cali) ومديلين (Medellín). وفى واحدة من الدراسات القليلة التى أجريت لاستقصاء التأثيرات الصحية العقلية للعنف المدنى (باستثناء أيرلندا الشمالية) ، وجد ليون (León) أنه نتيجة لحوادث العنف المتفرقة والميتة فى هاتين المدينتين ، فقد استجاب السكان أولا فى صورة الشعور بالصدمة والثورة العارمة ، ثم بالإحساس بالخدر والتبلد[١٤]. وينتشر أيضا الاكتئاب

والانعدام الجماعى للأخلاق (collective demoralization). ويبدو أن هذا النمط من التوتر النفسى شائع فى عدد من المناطق المتفرقة التى يسود فيها العنف العسكرى ، أو المدنى ، أو المتعلق بالمخدرات بصورة مستديمة ، بدون أى أمل لقرب التوصل إلى سلام دائم. وتوحى الهيمنة المتنامية للأسواق الدولية العديدة للمخدرات فى الأمريكتين ، وآسيا ، وجنوبى آسيا ، بأن كلا من العنف المنظم وغير المنظم ، والمتعلقين بتجارة المخدرات ، ستكون له تأثيرات متزايدة الأهمية على الرفاهية البشرية فى جميع أنحاء العالم .

يمكن أن يؤدى العنف والقمع إلى تمزق شديد فى استخدامات اللغة والمعانى الثقافية التى تكوّن حياة الفرد أو الشعب. فتفقد المجتمعات سيطرتها على المعانى ، والمفاهيم ، والأحاسيس الأخلاقية التى عادة ما تحدد حياتها. وكثيرا ما تتوافق الفتوق (ruptures) الحادثة فى اللغة والمعانى ، مع رغبات المعتدى ، نظرا لرغبة الممسكين بزمام الأمر فى تقليص قدرة المدنيين على الفعل ، وتثبيط استعداد الناجين أو الشهود للتحدث بما رأوه .

وفى بعض الأحيان ، يكون تمزق الحس والإحساس ذا طبيعة قسرية ورمزية ، ويلاحظ بورك (Bourque) ووارين (Warren) أن الصحفيين فى بيرو كانوا يتعرضون للقتل ، وتلقى جثثهم دون أعين أو ألسنة[١٥]. ويكتب نوردستروم (Nordstrom) عن نوع آخر من "التمثيل بالجثث" فى موزمبيق ، حيث تقوم حركة رينامو (RENAMO)، وهى مجموعة انفصالية تدعمها حكومة جنوب أفريقيا ، بإرهاب المدنيين من خلال تشويه أجسادهم ، وجدع أعضاء الحس لديهم (الأذنين ، والأنف، والشفتين) ، ثم إعادتهم إلى مجتمعاتهم كتذكار للعجز وعدم الإحساس الذى يغلف الحياة المدنية هناك[١٦].

إطار ٥-١: أحداث الشغب فى كولومبو عام ١٩٨٣: تواطؤ ضباط الشرطة والمسئولين الحكوميين

فى أواخر شهر يوليو ١٩٨٣، تسبب الكمين الذى نصب لسيارة نقل عسكرية تحمل ثمانية عشر جنديا سنهاليا فى شمال سريلانكا ، وإحراق أشلاء جثثهم فى المقبرة الرئيسية للعاصمة كولومبو بمنطقة بوريللا، فى بداية أحداث للشغب استمرت ثلاثة عشر يوما داخل مدينة كولومبو وحولها . وقد

تراوح عدد الوفيات بين ٣٥٠ (التقديرات الحكومية) ، و٢٠٠٠ (تقديرات التاميل). كما غادر عدد كبير من اللاجئين منازلهم : وقد تراوح عدد اللاجئين فى كولومبو وحدها بين ٨٠٠٠٠ و١٠٠٠٠٠ . وقد كان إحراق وتدمير الممتلكات واسع الانتشار .

بعد انتهاء الطقوس الجنائزية مباشرة، اندلعت أعمال العنف فى العديد من المدن ، فى صورة ارتكاب للأعمال الوحشية فى الشوارع ، وتوقف حركة المرور ، والمهاجمة الجسدية ، كما مر نحو يوم كامل قبل أن يتم استدعاء قوات الجيش والشرطة للتدخل. وبداية من اليوم الثانى ، تم تنظيم العنف الغوغائى ، كما كان ذا مغزى فى معظمه. ثم اتخذت أعمال الشغب صورة أكثر تدميرا وقتلا ، كما أظهرت أدلة راسخة على وجود تخطيط وتوجيه مسبق ، وعلى تورط السياسيين وموظفى الحكومة ، وعلى استغلال السيارات والحافلات الحكومية فى الأحداث. وقد جاءت الجموع الحاشدة - والتى تكونت فى معظمها من الرجال السنهاليين من أفراد الطبقة العاملة فى المدن - مدججة بالأسلحة ، مثل القضبان الحديدية ، والأسلحة البيضاء ، كما كانوا يحملون عبوات الجازولين التى غالبا ما كانت تُصادر من السيارات المارة. كانوا يحملون قوائم بأسماء الناخبين وعناوين التاميل من أصحاب وشاغلى المنازل والأعمال وغيرها من الممتلكات. وقد كان المتظاهرون يمتلكون وسائل للتنقل أيضا ؛ فقد وصل معظمهم فى سيارات للنقل وحافلات مملوكة للحكومة ، أو أنه تم إنزالهم فى محطات متعاقبة لقطارات الخط السلحلى لمدينة كولومبو. وقد كان بعض السياسيين السنهاليين ، والمديرين والرؤساء المحليين التابعين لهم ، وزعماء عصابات الجريمة المنظمة ، وصغار رجال الأعمال وتابعيهم ، أقل "ظهورا" وسط أحداث الشغب ، لكنهم بالتأكيد أكثر نشاطا فى إثارة وتنظيم تلك الأحداث .

كان الضحايا فى كولومبو ، هم أصحاب المحلات من التاميل ، وأصحاب المنازل من التاميل (خصوصا أفراد الطبقة الوسطى والطبقات الإدارية والمهنية) ، وكبار أصحاب رءوس الأموال والمقاولين التاميل ، والتجار الهنود ، سواء من التاميل أو غيرهم. وقد تم إحراق ، وتدمير ، وتخريب المنازل ، والمتاجر ، والمطاحن ، والمصانع المملوكة للتاميل فى المناطق التجارية والصناعية المركزية ومناطق سكنى الطبقة المتوسطة ، وذلك بطريقة منهجية منظمة .

قام كثير من السنهاليين بإيواء وحماية التاميل المحاصرين ، لكن أفراد قوات الشرطة والأمن لم يحركوا ساكنا خلال فترات الشغب - غير راغبين فى ردع المشاغبين ، مع إظهار تعاطفهم تجاه أفعالهم ، بل وبالاشتراك الفعلى إلى جانبهم فى عمليات التخريب. وفى أول أيام الشغب ، حاول رجل كان يشغل منصب المدير الفخرى لنزل الكلية الهندوسية ، وهى مدرسة يرعاها أطفال التاميل ، وتقع فى إحدى ضواحى كولومبو ، أن يتصل بمركز الشرطة ، وسأل - بالإنجليزية - عن اسم الضابط

النويتجى. وقد رد عليه مساعده بالسنهالية ، وهو فعل ينم عن توجهاته السياسية. ويتذكر الرجل الأحداث قائلا : " كانت هناك ثلاثة منازل فى الجيرة تتصاعد منها ألسنة اللهب ، وقد بدأت الجماهير فى التجمع ، وكنت أحاول الاتصال بالشرطة باستماتة ، ولكن دون جدوى".

وفى واقع الأمر ، فكثيرا ما اشتكى أفراد الطبقة المتوسطة من التاميل من عدم تحرك الشرطة لمنع الهجمات المتتالية عليهم ، وبطء قوات الشرطة فى استقبال المكالمات الهاتفية العاجلة ، ناهيك عن الاستجابة لاستغاثاتها. وفى كل من أحداث الشغب التى وقعت فى كولومبو عام ١٩٨٣ ، وفى دلهى عام ١٩٨٤، فشلت الشرطة فى اتخاذ أفعال صارمة : فلم يقم البعض بأية أفعال ، بينما تواطأ البعض بشكل أو بآخر ، ولم يتم استدعاء قوات الجيش ، كقوة "خارجية" للردع ، سوى بعد اندلاع أسوأ أحداث العنف .

يمكن اتخاذ خطوات عديدة لمنع حدوث مثل هذه المواقف. فحيثما وجدت أدلة على تورط الحكومة المركزية أو الهيئات الحكومية المحلية ، يجب تحميل المسئولية لتلك الهيئات. ويجب أن تكون قوات الشرطة متعددة الأعراق فى تركيبها ، كما يطلب منها اتخاذ مواقف شعبية قوية فى مواجهة العنف ؛ فالمعرفة المسبقة للجمهور بأن الشرطة لن تقف ساكنة فى مواجهة الشغب ، يعد بحد ذاته من عوامل الردع القوية. وعندما يُشك فى احتمال اندلاع الشغب بسبب بعض الأحداث "المحفِّزة" المعروفة جيدا ، يجب أن تتوقع الشرطة ذلك وتتواجد فى مناطق الأحداث بصورة فاعلة يمكن الإحساس بها فى الشوارع. ويعد الظهور القوى للشرطة ضروريا فى أكثر المناطق تعرضا للعنف : مثل المحال التجارية ، ومراكز الأعمال ، ومواقف الحافلات ، ومحطات السكك الحديدية ، والمناطق التى تتركز فيها الأقليات العرقية المعرضة للخطر .

وتقلل من أهمية هذه المقترحات حقيقة أنه لم تقع أية أحداث شغب تالية فى كولومبو منذ أحداث عام ١٩٨٣، على الرغم من حدوث سلسلة من عمليات الاغتيال والتفجير هناك . ومن عوامل الردع القوية لمنع حدوث الشغب مجددا ، كانت المواقف الصلبة لحكومتى الرئيسين جاياواردين (Jayawardene) وبريمادا سا (Premadasa) بعدم السماح بتكرار أحداث عام ١٩٨٣ فى عاصمة بلادهم. ومن المعتقد أن قوات الشرطة والجيش جادتان فى تنفيذ هذه الغاية . ويوحى اختفاء أحداث الشغب فى كولومبو منذ عام ١٩٨٣ بأنه فى وجود دعم من الحكومة ، لا يمكن اعتبار الشغب كأحداث لا سبيل لمنع وقوعها ، ولا كثورات تلقائية للغضب[١١].

وقد أدى قيام الحكومات ببث الخوف فى نفوس الناس فى نصف العالم الجنوبى وفى السلفادور ، لحديث الباحثين عن وجود "ثقافات للخوف" أو عن "المجموعات السكانية المذعورة" (frightened populations)[١٧] يؤدى الصراع من أجل البقاء

وسط ثقافة للخوف إلى معايشة تجربة ذات بنية فريدة من نوعها ، نظرا لأن الخوف هنا يفقد وظيفته الوقائية ، ويصبح جزءا لا يتجزأ من أسلوب الحياة للفرد أو الأسرة. وليس الأمر مجرد مسألة "لاضطراب الكرب التالى للصدمة " (PTSD) بقدر ما هو متلازمة للكرب المستمر بفعل الصدمة (continuous traumatic stress syndrome) ، والتى تسهم ، حسبما يلاحظ ستراكر(Straker) ، فى إحداث قدر من الكرب فى الأطفال أكبر مما تسببه أحداث العنف المحددة[١٨]. وقد تعرف ساليموفيتش (Salimovich) وزملاؤه ، من خلال دراستهم الإكلينيكية للناجين من الإرهاب الحكومى فى شيلى ، على ثلاث سمات رئيسية للخوف المتواصل بين أفراد تلك المجموعة السكانية ؛ فهناك إحساس بالضعف الشخصى والتعرض للخطر وشعور بالعجز ؛ ويبقى الإدراك الحسى فى حالة مستمرة من التوجس ؛ كما يصبح إدراك المرء للواقع مشوشا مع استحالة اختبار التجارب الفردية فى مواجهة الواقع[١٩]. وللخوف الذى يبلغ هذه الدرجة من الشدة ارتباطات فسيولوجية . ويستشهد مارتن - بارو (Martin-Baro) بدراسة أجريت على ٣٥٠ شخص من جميع الأعمار يعيشون فى أحد مخيمات اللاجئين فى السلفادور ؛ وقد وجد الباحثون أن وجود قوات الجيش على مقربة من اللاجئين كان كافيا لاستثارة الشعور بالخوف فى ٨٧٪ ممن شملهم الاستجواب ، بينما شعر ٧٥٪ بزيادة معدلات نبضهم ، بينما انتابت ٦٤٪ منهم رجفة شملت كامل الجسم[٢٠]. وتضم السمات الأخرى للخوف المستمر فى السلفادور اضطرابات المعدة ، والإسهال ، والصداع ، والآلام الجسدية ، والشعور بالضعف والخمول .

السِّجن ، والتعذيب ، وحالات الاختفاء

منذ بداية تقرير حالات الاختفاء (بالإسبانية : los desparecidos) - وهم الأشخاص الذين اختطفتهم الأنظمة الحاكمة بدون سند قانونى أو اعتراف عام - فى جواتيمالا فى الستينات ، حدث ما يزيد على ٣٠٠٠٠ من حالات "الاختفاء" فى أمريكا الجنوبية وحدها. وتضم المناطق الأخرى المشهورة بتكرار حالات الاختفاء الفلبين ، وأفغانستان، وكثيرا من البلدان الأفريقية .

وتعانى العائلة بكاملها من آثار الاختطاف. فيتم تثبيط العملية الطبيعية للحداد (mourning) (إذ أنه من الصعب أن يحزن الإنسان دون وجود جثة) ، وقد تتعرض الأسرة لفقدان الأخلاق الاجتماعية ، والتفكك ، والتهميش ، والتقوقع أو الانعزال. وقد ينتج عن الاختفاء مشاعر متناقضة ، تتراوح بين الأمل الضئيل فى أن يكون الشخص المخطوف لازال على قيد الحياة ، إلى الخوف من اختطاف المزيد من أفراد الأسرة بدورهم. وكثيرا ما يعانى أفراد الأسرة من اكتئاب يتسم باختلاط الذهن وإنكار للحداد. وتواجه الأسر بشكوك مستمرة وعدم المعرفة ، لكن أولئك الذين يحاولون البحث عن معلومات بخصوص أقاربهم المختفين ، يتعرضون للقتل أو الاختفاء بدورهم[٢١].

ويبدو أن الأطفال معرضون بصفة خاصة للاضطرابات النفسية نتيجة للاختفاء . وتشمل الأعراض الشائعة التى تمت ملاحظتها فى أطفال المختفين ، الانطواء ، والاكتئاب ، والخوف الشامل الشديد ، واضطرابات النوم ، والاضطرابات المتعلقة بالجهاز الهضمى وبالكلام ، وانتكاس السلوكيات والتحصيل المدرسى ، واضطرابات النمو ، والاضطرابات الوجدانية والسلوكية ، بما فيها فقدان التوجه والهروب من الواقع. ويلاحظ ألودى (Allodi) ، فى معرض كتابته عن أمريكا اللاتينية ، أن شدة الأعراض المرضية تتباين حسب عمر الأطفال ، وطول فترة الصدمة ، ومدى الانعزال الاجتماعى ، والدرجة التى يجدون فيها تفسير اختفاء آبائهم مقنعا[٢٢].

ويتعرض كثير ممن يختفون للقتل ؛ بينما يحتجز البعض الآخر ويتعرضون للتعذيب مع غيرهم من المعتقلين السياسيين . وأثناء الاعتقال ، يتعرض كل من الرجال ، والنساء ، والأطفال للاغتصاب ، والاستجوابات ، والحرمان الغذائى والحسى ، والإهانة المنظمة ، ونقص الرعاية الصحية ، والسخرية والاستهزاء ، والتعذيب ، والحبس الانفرادى والرقابة ، والتهديد بالإيذاء للشخص أو لأفراد أسرته، والتعاطى القسرى للمنومات وغيرها من العقاقير النفسانية التأثير. "ظل وجهى مغطى لمدة أسابيع طويلة" ، قالها أحد القيادات التجارية فى شيلى الذى ظل رهن الاعتقال لمدة سنتين بعد الانقلاب العسكرى ، حيث اتهم بالتعاون مع حركات المقاومة. ويضيف الرجل قائلا : " أجبرونى على التجرد من ملابسى ، والوقوف منتصبا. لم أقو على الحركة ، فى صمت. ظننت

أننى وحيد فى الغرفة. حاولت أن أحرك قدماى ، وفى تلك اللحظة ، تعرضت للضرب المتواصل ، وهنا شعرت بالألم مجددا ، بدأ جسدى يبدو أثقل وزنا ، ليضايقنى .... لا أذكر كم استمر ذلك الموقف. دقائق؟ أم ساعات؟ أم أياما؟ كل ما أذكره هو أنهم هددوا بالقبض على زوجتى وبفعل الشىء ذاته بها ... ويبدو أننى رأيتها من خلال ذهولى وتشوش ذهنى ... كان من المستحيل أن تبقى على تماسكك ، أو أن تفرق بين الواقع وبين الهلاوس"(٢٣). وكثيرا ما تتعدى نوايا السجانون مجرد احتجاز المختطفين أو استخلاص المعلومات منهم، فتهدف للتدمير النفسى للمسجونين وعائلاتهم . ونتيجة لذلك ، يمارس السجانون مجموعة متنوعة من سبل العقاب ، والتحرش ، والمضايقات الجسدية والنفسية ، فى محاولة منظمة منهم "للتعرية الشخصية" ، لو استعرنا كلمات أحد المساجين السياسيين المفرج عنهم فى أوروجواى(٢٤).

وتوحى التقارير المحدودة عن تجارب المعتقلين السياسيين فى أمريكا اللاتينية ، وجنوب أفريقيا ، والفيلبين (وهى محدودة نظرا لأن السجانين كثيرا ما يمنعون الوصول إلى المساجين ، ولأن غالبية المسجونين لا يبقون على قيد الحياة) ، بأن المسجونين يتعرضون لخطر كبير للإصابة بالأمراض العقلية(٢٥). وعلى سبيل المثال ، تذكر التقارير عن المحتجزين السابقين فى جنوب أفريقيا أن المسجونين كانوا يتعرضون نمطيا لمشكلات متعلقة بالكرب ، والقلق ، والاكتئاب ، والوظائف الإدراكية ، والأفكار الانتحارية ، والاضطرابات النفسية -الجسمية(٢٦). وكثيرا ما تتسم الحياة بعد الاعتقال بالصعوبات الاجتماعية ، والاكتئاب ، والأرق ، مع إحساس مصاحب بالإنهاك(٢٧). وترتبط كثير من تلك الصعوبات بالعملية المجهدة لمحاولة العودة للحياة اليومية .

ويعد التعذيب – والذى يمارس اليوم فى نحو ثلث بلدان العالم – واحدا من أخبث صور إساءة المعاملة أثناء الاعتقال. وعلى الرغم من تباين سبل التعذيب – فقد يكون الألم ناتجا ، مثلا ، عن الضرب أو عن الصدمات الكهربائية ؛ أو الحرمان الحسى ؛ أو الحبس الانفرادى ؛ أو التحرش الجنسى والاغتصاب ؛ أو الحرمان من الطعام والشراب والنوم ؛ أو الوقوف القسرى ؛ أو الغمر فى الماء ؛ أو الاتهامات الباطلة ؛ أو السخرية والاستهزاء ؛ أو التهديد بإيذاء الأصدقاء وأفراد الأسرة ؛ أو المشاهدة القسرية لإنزال العنف والإهانة بالآخرين– فعادة ما لا يكون هناك فصل بين سبل التعذيب الجسدية

وتلك النفسية. ويرجع اختلاط سبل التعذيب ، ولو جزئيا ، إلى الغرض المحدد وراء عمليات التعذيب ، والذى يتركز غالبا فى غرس الخوف فى نفوس أفراد الأسرة ، وفى تحطيم المشاعر الآدمية الأساسية للفرد.

ومن اللوازم الضرورية لفعل التعذيب ذاته ، أن يتحكم المحقق فى كل شىء ، حتى فى الحياة ذاتها. ويؤدى انعدام قدرة المرء على التحكم فى الوظائف الجسدية الأساسية ، والصدمة النفسية الناتجة عن البقاء رهن الاعتقال لمدة غير محددة ، والعنف المستمر الذى يتعرض له كل من الجسم والذهن ، نمطيا ، إلى تدمير صحة المسجون أو المسجونة. وقد وجد فستى (Vesti) وزملاؤه ، خلال دراستهم للناجين من التعذيب فى الدانمارك ، أن إلحاق الألم والضوائق النفسية بالمعتقلين السياسيين عادة ما يؤدى بهم لمعايشة تلك المراحل المعروفة للخلل الوظيفى النفسى (psychological dysfunction) : إذ يستبد التعب بالمسجونين ، فيصبحون مشوشين ، وفاقدى التوجه ؛ ويلى ذلك مرحلة الهلاوس ، وتبدد الشخصية ، وفقدان الاتصال بالواقع (derealization) ؛ ويقدم الجلادون معلومات مضللة ، ويعمدون إلى تشويه المثل ، والأنظمة العقائدية ، والهويات الشخصية [٢٨]. ونتيجة للتعذيب ، عادة ما يشعر المسجونون بالقلق ، والاكتئاب ، والشعور بالذنب ، والعار ، والمهانة ، وفقدان الاحترام للذات ، والشك ، والانشطار (dissociation). ويفقد الجسم قدرته على العمل بفاعلية ، ويفقد الشخص هويته أو هويتها كإنسان . وبرغم أن الأعراض الجسدية للتعذيب تميل لأن تقل حدتها بمرور الزمن ، فإن المشكلات النفسية ، والسلوكية ، والاجتماعية قد تبقى لسنوات عديدة. ويميل الناجون من التعذيب للتعرض لأعراض مرضية نفسية بصورة أشد حدة من غيرهم ممن يتعرضون للقمع لكنهم لم يتعرضوا للتعذيب. وتشمل أكثر الأعراض المرضية شيوعا اضطرابات النوم والكوابيس ، والقلق ، واضطراب التفكير وقصور الذاكرة ، والاكتئاب ، والتنميل ، والشعور بالتعب العام أو الخمول ، والشعور العام بالخوف ، والانطواء الاجتماعى ، وخلل الوظيفة الجنسية .

أدت حقيقة أن للأساليب الشديدة التنوع للتعذيب تأثيرات متشابهة ، إلى أن ناقش الباحثون احتمال وجود متلازمة أساسية للتعذيب (basic torture syndrome). ومع ذلك ، فلم يتم التوصل حتى الآن إلى المسببات الواضحة التى تفسر بصورة مقنعة

متلازمة وحيدة للتعذيب. وبصورة عامة ، يبدو أن الألم ، والصدمات النفسية ، والمهانة التى يشعر بها من يتعرض للتعذيب تسهم فى إحداث سبيل نهائى غير نوعى من القلق ، والخوف ، والشعور بالذنب ، والانطواء ، والاضطرابات الجسدية ، والخلل النفسى الوظيفى . وبالنسبة للنساء على وجه الخصوص ، فكثيرا ما يؤدى الاغتصاب وسوء المعاملة التى قد يتعرضن لها خلال فترات الاعتقال إلى التأثير بصورة سلبية على عافيتهن الجنسية والعاطفية لسنوات طويلة بعد الإيذاء. وكثيرا ما تُضاعف الصدمات الجنسية بمشاعر المهانة ، والعار، والشعور بالذنب ، خصوصا فى المجتمعات التى لا يمكن فيها للنساء الحديث عن تجاربهن خوفا من أن يصمهن المجتمع بالعار .

يجب أن يتم فهم الحالة الصحية الطويلة المدى للناجين من التعذيب ، مثلهم فى ذلك مثل غيرهم من ضحايا العنف ، ضمن الإطار الاجتماعى الأكبر الذى يخرجون للعيش فيه . ويمكن أن يساعد الشعور بالأمان فى مكان أو فى بلد آخر ، إضافة إلى الإجراءات الخاصة للدعم الشخصى للناجين من التعذيب ، ومدى توافر الموارد المجتمعية وتلك الخاصة بالصحة العقلية ، فى تقليل الشعور بالقلق والضوائق النفسية. وقد وجد ألودى (Allodi) وروخاس (Rojas) أن روح الالتزام بأيديولوجية معينة أو الاندماج فى أحد المناهج السياسية كانت من بين العوامل المؤثرة فى المحصلة النهائية والقدرة على الاحتمال بالنسبة للناجين من التعذيب فى أمريكا اللاتينية والذين يعيشون حاليا فى كندا[٢٩]. وفى الوقت نفسه ، يواجه الكثير من الفارين من عمليات التعذيب صعوبات جمة فى التأقلم على الحياة فى مجتمع جديد .

وكثيرا ما تعانى عائلة بأسرها ، بصورة مباشرة أو غير مباشرة ، نتيجة لتعرض أفرادها للتعذيب . ويمكن أن يعانى أفراد الأسرة بصورة غير مباشرة نتيجة لملاحقة الآباء ، والأبناء، أو الأقارب ، وللشعور بالخوف ، والقلق ، والشك ، والحزن[٣٠]. ويمكن لهؤلاء أن يتأثروا أيضا بفعل الآثار المباشرة للتعذيب . وعلى سبيل المثال ، فقد وجدت لجنة Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo ، وهى فريق طبى متعدد التخصصات فى مدينة سنتياجو بشيلى ، أن الناجين من التعذيب كثيرا ما يواجهون صعوبات فى التواصل مع أفراد الأسرة أو الارتباط بهم[٣١]. وكثيرا ما تجد العائلات صعوبة فى التأمل الجماعى فى تجربة التعذيب ، وكثيرا ما تتعرض لتغيرات جذرية فى

توزيع الأدوار داخل الأسرة . وفى بعض الأحيان ، ينقسم أفراد الأسرة على بعضهم نتيجة لاختلاف الانتماءات السياسية ؛ فقد يصبح الأبناء جنودا أو يقررون عدم اتخاذ جانب الموقف السياسى الذى يعتمده الوالد . ويمكن أن تسبب هذه الصراعات اضطرابا طويل الأمد فى رفاهية الأسرة أو المجتمع ككل .

الصحة العقلية للأطفال

ذكر أكونا (Acuna) فى تقرير له أن أطفال الناجين من الاعتقال فى الفليبين يظهرون عددا من الأعراض النفسية غير متعلقة بكونهم ولدوا أثناء أو بعد اعتقال الوالد وتعذيبه[٣٢]. وقد خلصت سلسلة من الدراسات التى أجريت على الأطفال الشيليين الذين تعرض آباؤهم للتعذيب إلى نتائج مشابهة[٣٣].

من غير المحتمل أن يظهر الأطفال الذين يتمتعون بأنظمة مناسبة للدعم داخل الأسرة والمجتمع ، اضطرابات إكلينيكية خطيرة بخلاف ردود الأفعال الحادة وقصيرة الأمد تجاه مواقف مربكة محددة. ولكن ، وحسب تلخيص داوس (Dawes) لعدد كبير من الأبحاث ، "فى غياب أنظمة الدعم ، وبدون وجود صورة ما من بنية المعتقدات الأيديولوجية ، وفى مواجهة مواقف الكرب الساحق ، مثل التعذيب ، أو التحرش المستمر ، أو شهادة وفاة أو المعاملة الوحشية للمقربين منه ، قد يصاب المرء بالاضطرابات الإكلينيكية "[٣٤]. وقد دفعت الحاجة للدعم الأسرى كانجى (Kanji) للتشديد على أهمية إبقاء الأطفال فى مناطق مثل موزمبيق ، داخل المجتمعات ، وليس فى ملاجئ الأيتام أو معسكرات الإيواء[٣٥].

لقد أصبحت الاضطرابات الإكلينيكية فى الأطفال تمثل تهديدا مستمرا فى المناطق التى يشيع فيها العنف بصورة مزمنة ، مثل جواتيمالا ، والسلفادور ، وكولومبيا ، وموزمبيق ، وإريتريا ، وجنوب أفريقيا. وقد كان الشعور السائد الذى أقر بحدوثه أطفال المايا فى جواتيمالا الذين يعيشون فى معسكرات اللاجئين بالمكسيك هو "الخوف" ، أو miedo بالإسبانية[٣٦]. وقد عانى كثير من أطفال الخمير (Khmer) الذين عاشوا فى معسكرات اللاجئين المنتشرة بطول الحدود التايلاندية - الكمبودية من

الضوائق العاطفية ، والكوابيس ، والخوف ؛ ولم تنتج الصدمات العاطفية الناتجة ببساطة عن الحرب الدائرة فى كمبوديا ، بل عن نقص الغذاء ، والمياه ، والمأوى ، وعن القصف المدفعى على مقربة من المعسكر ذاته. وقد أدت الحروب فى موزمبيق ، وزيمبابوى ، وإريتريا ، إلى تيتم أو تشرد الآلاف من الأطفال الذين كانوا شهودا على تلك الصراعات الدامية. وفى موزمبيق ، يبدو الأطفال الذين يعيشون حاليا فى ملاجئ الأيتام أو مع الأسر البديلة ، منطوين ، ومتبلدى المشاعر ، ومنتكسين ، وخائفين. وبالنسبة للأطفال والشباب الذين يعانون فى أعقاب التعرض للعنف ، نحتاج إلى تحديد أكثر دقة لفترة الضيق النفسى ، والسمات المصاحبة لها ، وطرق تخفيف حدتها. ونحتاج أيضا لدراسة قدرتهم على التكيف والإصلاح .

العنف يولد العنف

العنف يولد العنف . فمن المرجح أن يكون "الجنود الصبيان" فى موزمبيق ، والذين يعودون إلى الحياة المدنية ، عدوانيين ، وانعزاليين ، وسريعى الاستثارة ، وقلقين[٣٧]. وقد وجد مارتن – بارو أن الصراع المنخفض الحدة فى السلفادور يميل "لتجريم عقول الأطفال" ، من خلال خلق أخلاقيات شاذة ومدمرة[٣٨]. ويذكر جنكنز (Jenkins) فى تقريره أن كثيرا من النساء فررن من السلفادور هربا من العنف المدنى بالإضافة إلى العنف الحكومى ، برغم أنه لم يتضح ما إن كان ذلك النمط الأخير من العنف قد زاد من معدلات وشدة النمط الأول (انظر إطار ٢,٥)[٣٩]. ويستمر المتمردون الذين يظهرون أنهم يقتلون لأسباب سياسية وليس من أجل التخريب وحده ، فى إرهابهم لأرياف سيراليون وموزمبيق ؛ وقد أدى الميل للعنف بين المتمردين ، وعجز المدنيين عن مواجهته ، وتفكك المشاعر اليومية ، إلى حالة عامة من انعدام الأخلاق (demoralization)[٤٠].

من بين أكثر المخاوف تأثيرا بخصوص شباب جنوب أفريقيا ، نجد ظهور أفعال العنف والأنشطة الإجرامية غير المرتبطة بصورة مباشرة بالأنشطة السياسية. ونتيجة لذلك ، ظهرت ثقافة عامة من العنف مصاحبة للعنف القمعى لسياسات التفرقة العنصرية وحركات التمرد فى المنطقة[٤٢]. ويعد العنف حاليا – فى صورة القتل ، والاغتصاب ، والاعتداء – من الأعراف الثقافية والإحصائية فى الوقت نفسه ؛ فخلال فترة اثنى عشر شهرا ،

إطار ٥-٢: النساء والعنف فى السلفادور

برغم أن العنف والحروب الأهلية كانت شائعة فى السلفادور طوال هذا القرن ، فقد مثلت الفترة ما بين عامى ١٩٧٩ و١٩٩٢ أشد فترات العنف المتواصل التى ابتلى بها هذا البلد. فمنذ عام ١٩٧٩ ، أنزلت موجات من الحروب والرعب ، الخراب بالسكان فى صورة الموت والتهجير. ومن بين السكان الذين قدر عددهم بخمسة ملايين ومائتى ألف نسمة فى عام ١٩٧٩ ، قتل نحو ٧٥.٠٠٠ شخص ، بينما "اختفى" عدة آلاف أخرى ، كما تم تهجير نحو نصف مليون نسمة داخل حدود البلد ، بينما فر نحو مليون آخرون شمالا إلى البلدان المجاورة .

تتعرض النساء للعنف بصور متعددة. يقول المهاجرون الذين يعيشون حاليا فى المناطق الحضرية لمنطقة نيو إنجلند (الولايات المتحدة) أنهم فروا من العنف نتيجة لثلاثة أسباب رئيسية : هربا من الظروف الاقتصادية الصعبة ، وهربا من العنف المنزلى ، والهروب من "الموقف" [la situa-ción] ، حسب الاصطلاح المحلى الذى يعرف به العنف. وتتعرض النساء بصورة معتادة لملاقاة الآثار العنيفة للحرب : مثل الجثث المشوهة الملقاة على قارعة الطريق أو على درجات منازلهم ، وتعرض أفراد الأسرة والأصدقاء للاختفاء ، والرعب الذى يسببه زحف القوات المسلحة عبر بلدانهن وهم يطلقون النار بصورة عشوائية ويلقون القبض على السكان الذين يتعرضون للسجن . تقول امرأة متزوجة فى السادسة والثلاثين من عمرها :" فى بلدى،أصبت بالرعب [un susto] عندما شهدت مصرع أحد الرجال ،كان الرجل غير قادر على الكلام ، و[لكنه] أشار إلىّ بعينيه. حدث ذلك أثناء النهار ، وكنت فى طريقى لجلب عدة دجاجات لحفل التعميد (baptism). كان قادرا على تحريك عينيه بالكاد. فقد كان مصابا بطلق نارى فى جبهته. كان ذلك فى وقت السوق السنوية فى شهر نوفمبر. وعندما عدت كان قد مات بالفعل. عدت إلى المنزل مصابة بالحمى ، وكان ذلك شيئا لم أعالجه من قبل. وبما أنه كان وقت الكرنفال ، جاء الغرباء إلى بلدتنا. وهم يقتلون الغرباء. وقد رأو ذلك الرجل يلقى بعض الأوراق. وبرغم أننى كنت قد رأيت العديد من الجثث من قبل ، فقد أصبت بعدها بمرض الأعصاب [nervios]، والذى ينتابنى كلما رأيت جثة لميت".

ويعد مرض الأعصاب ، أو الـ"nervios" أكثر الشكاوى شيوعا لدى النساء اللاجئات السلفادوريات من مراجعى عيادة للصحة العقلية فى منطقة نيو إنجلند . وتبعا للمعاير النفسانية (حسب التصنيفين DSM-III-R وSADS) ، فقد عانت الغالبية العظمى من أولئك النسوة من واحدة أو أكثر من النوبات الكبرى للاكتئاب خلال العامين الماضيين ، كما تعرض بعضهن للاكتئاب المزمن أو خلل الوجدان (dysthymia). وتظهر أصوات النساء نبرات متباينة من الحزن والأسى المتعلقين

بفقد الأحباء والحداد ، والعجز واليأس. وكثيرا ما يظهر فقد الأحباء والحزن عليهم فى صورة جسدية (somatic) ، مثل الأرق ، وفقدان الشهية ، والتعب ، أو فرط الاستثارة أو البطء النفسى -الحركى. وتقرر الكثير من أولئك النسوة أيضا حدوث أعراض اضطراب الكرب التالى للصدمة (PTSD) ، بما فيها الكوابيس المتكررة المتعلقة بالعنف الجسدى ، والشعور المفاجئ بتكرر الحدث المرعب ، والتوتر أو نوبات غير متحكم بها من الغضب .

وتعانى كثير من النساء اللاتى يراجعن العيادة من أمراض متعلقة بالعنف وإساءة المعاملة داخل المنزل. ويقول بعضهن أنهن يخشين قيام أزواجهن أو آبائهن بقتلهن إذا لم يهربن من الاعتداءات الجسدية ، وأحيانا الجنسية ، التى يتعرضن لها على أيديهم. قالت امرأة متزوجة فى السابعة والعشرين أنها تشعر "بالرعب" عندما يقوم زوجها "بالإفراط فى شرب الخمر قبل عودته إلى المنزل. عندها أحس بتسارع دقات قلبى ، بوم - بوم - بوم. إذا شعرت بالخوف فقد تمرض لأن ذلك قد يصيبك بـ"crisis de nervios" [أزمة عصبية]. أشعر أن جسدى ليس هو أنا. ويمكن أن يؤدى هذا الشعور لإصابة المرء بالجنون. وهو يصيبنى بآلام المعدة ، وارتعاش جسدى ، كما يجعلنى أشعر بالبرد".

قالت امرأة متزوجة فى الرابعة والثلاثين وأم لطفلين :" كنت فى ذلك الوقت حاملا ، عندما بدأ زوجى فى معاقرة الخمر . وبدأ يضربنى ، كنت شديدة البدانة [فى مرحلة متقدمة تماما من الحمل] ، كما كان يسئ معاملتى ، لكنه بعد ذلك ندم على فعلته لأن الطفل ولد عليلا ، بمشكلة فى "الأعصاب". كان يسئ معاملتى دونما سبب عندما يكون مخمورا .... وعندما ولد الطفل ، كان جلده يبدو أصفر اللون ، وأخبرنى الطبيب بأنه لابد أن يبقى فى المستشفى لبعض الوقت نظرا لإصابته بالمرض ولكن زوجى عندما علم بمرض الطفل ألقى اللوم علىّ أيضا : لذلك فقد كنت متهمة بفعل كل شئ .... وعندما ولد طفلى بدأت أعانى من الكوابيس .... كانت ابنتى فى العاشرة من عمرها فى ذلك الوقت ، فلاحظت كل ما كان يجرى ثم بكت ، وأصابها مرض "الأعصاب" ، فأصبحت شديدة الاعتلال. كانت ابنتى المريضة "بالأعصاب" تصرخ ، وتلقى بالأشياء بعيدا .... لم أقو على إخبار زوجى بشئ مما حدث ، لأنه كان سيضربنى لو علم بالأمر." وقد أجبرت هذه المرأة فيما بعد على الفرار من السلفادور هربا من الإيذاء العنيف الذى تعرضت له على يدى زوجها .

برغم أن العنف المدنى سبق الحرب الأهلية الدائرة حاليا فى السلفادور ، فقد عززت من وجوده ثقافة عامة للعنف فى ذلك البلد. وكثيرا ما تعانى النساء ويعبرن عن آلام العنف المنزلى فى صورة "مرض الأعصاب" ، لكنه سيكون مضيعة للوقت أن نعتنى بأولئك النسوة ضمن إطار نموذج طبى بحت. وليست هذه الآلام مجرد آلام فسيولوجية ؛ إذ أن لها جذورا ضارية فى عمق مشكلات اجتماعية أكبر. كما أن التركيز المنفرد على الضوائق النفسية أو الفسيولوجية وحدها يلقى بتبعة المسئولية على النساء أنفسهن. والطريقة المفيدة للتفكير فى العنف هى تناول تلك القوى الاجتماعية التى تساهم فى إحداث هذا العنف وتجيزه(٤١).

لاحظ ٨٣٪ ممن استجابوا للاستبيان فى منطقة ألكساندرا أنهم إما تعرضوا للاعتداء ، أو أنهم اعتدوا بأنفسهم على غيرهم[٤٣]. ويتعرض كثير من هؤلاء الشباب، إن لم نقل كلهم ، لخطر الحياة العنيفة ، والجروح الجسدية ، والإعاقة الناتجة عن ضياع فرص التعليم والعمل ، والضوائق العاطفية. ولا يتقن كثير من هؤلاء الشباب سوى فنون القتال والعنف ؛ لكن هذه المهارات تقلل من قيمتهم فى زمن السلم . وتسهم الملكات الفردية للشباب ، وطبيعة البيوت التى يعيشون فيها ، بصورة كبيرة فى تحديد ما إن كان المراهق سيتورط فى أعمال العنف واليأس المحيطة به من عدمه[٤٤]. وقد وجد رامفيل (Ramphele) ، على سبيل المثال ، أن المراهقين الأذكياء والجذابين هم أكثر نجاحا فى الدراسة من أقرانهم العدوانيين وغير المتكيفين[٤٥]. وبالإضافة إلى ذلك ، يمتلك الشباب الذين يعيشون فى بيئة منزلية مترابطة وداعمة فرصة أفضل فى عيش حياة ناجحة نسبيا (انظر إطار ٥-٣) .

وعلى الرغم من كون التبليغ عنهما أقل من الواقع ، يعد العنف المنزلى والمدنى من أهم سمات العنف الجماعى. وكما يلاحظ نوردستروم بالنسبة لموزمبيق وسريلانكا ، "وبهذا قد يلجأ المدنيون المذعورون إلى الاستغراق فى ، أو تقبل ، تراكيب المعرفة الأساسية المركزة إلى القوة ، وهو الأمر الأكثر خطورة"[٤٧]. وبهذا ، فقد يصبح العنف طريقة سائدة للوجود فى هذا العالم بالنسبة للأطفال والبالغين على حد سواء. وفى كولومبيا ، على سبيل المثال ، أدت عقود من حروب العصابات ، والقمع العسكرى ، والجريمة المنظمة ، إلى خلق "حالة عامة من انحطاط الأخلاق ، سواء فى صورة ضعف المعنويات ، أوفساد القيم الأخلاقية "[٤٨]. ويمكن لأعمال العنف أن تشق طريقها إلى ممارسات الحياة اليومية ؛ فيرتبط العنف بكل من الطرق الفعالة للعمل داخل المجتمع ، وبتعديل أوجه الحساسية الأخلاقية التى تحدد طرق العمل تلك .

الشهادة ، والمداواة ، والتأهيل

(Witnessing, Healing, and Rehabilitation)

برغم المعاناة التى يعايشها ضحايا العنف القمعى ، كثيرا ما يسهم مزيج من العمليات الاجتماعية والسياسية فى نزع الشرعية عن المعاناة .ويلاحظ مارتن - بارو

أن "الغربلة المنظمة للواقع" التى تنتهجها الحكومة السلفادورية ، بما فيها اختلاق "قصة رسمية" تهمل الجوانب الرئيسية للعنف ، والتى تدفع المدنيين للشك فى فهمهم للحقيقة ولانتماءاتهم السياسية(٤٩). ويمكن أن يحدث المزيد من نزع الشرعية (delegitimation) بفعل الرفض المنظم لمنح حق اللجوء السياسى للاجئين(٥٠) ، أو إنكار وجود أنواع معينة من الأذى. وعلى سبيل المثال ، فقد سبب الوضع السياسى للنساء فى أوغندا اعتبار تعرضهن للاغتصاب خلال الحروب الأخيرة أمراً تافهًا غير جدير بالاهتمام. وقد أعتبر الاغتصاب والاعتداءات الجنسية ، فى الغالبية العظمى من الحالات ، من بين التأثيرات الجانبية غير الجديرة بالملاحظة للحرب .

وتتم غربلة الحقيقة بفعل الإنكار المتغلغل من قبل مجموعة سكانية بعينها لكون هناك ثمة فظائع قد ارتكبت. وقد لاحظ العديد من الباحثين أنه خلال ذروة العنف وحالات الاختفاء فى الأرجنتين فى عامى ١٩٧٦ و١٩٧٧، رفض كثير من الأرجنتينيين التصديق بأن مئات الأشخاص كانوا يختفون يوميا(٥١). وجد أقارب المختفين أنفسهم وقد هجرهم الأصدقاء والأقارب الذين يخشون من الارتباط بهم . وفى مواجهة التقارير المستمرة ، أدى "قتل الإدراك" (percipticide) فى النهاية إلى العقلنة (rationaliza-tion) كاستراتيجية رئيسية للتعايش مع الرعب : فالشخص يختفى فقط "لأنه لابد وأن يكون متورطا بشىء ما"(٥٢). يخلق الرعب بيئة سريالية من التشوش ، والشك ، والصمت المشوب بالخوف. وفى بيئة مثل هذه ، كثيرا ما يتم إسكات الشهود ، أو التشكيك فى صحة تقاريرهم ، أو تجاهلها. ويُضاعف الصمت بحقيقتين : أولهما أن بعض المختلطين بالضحايا يفضلون الإذعان للسكوت ، أما الضحايا ، فبمجرد أن يصلوا إلى موقع آمن ، فهم كثيرا ما يكونون غير قادرين أو غير راغبين فى الحديث عن تجاربهم المأساوية .

على الرغم من أن الصمت كثيرا ما يلى العنف مباشرة ، وأن العنف كثيرا ما يتخذ شكل الإنكار أو الصمت القسرى ، تشتمل عملية التعافى فى الغالب على الحديث عن الألم وعن العذاب. وفى السنوات التى تلت "الحرب القذرة" فى الأرجنتين ، ظهر"عرض مرعب" (horror show) من الشهادات ، وتقارير الصحف ،

إطار ٥-٣ : الأطفال والعنف فى جنوب أفريقيا

يتوجب على المراهقين الذين يعيشون فى مجمع New Crossroads ، وهو أحد المجمعات السكنية الواقعة خارج مدينة كيب تاون فى جنوب أفريقيا ، أن يواجهوا تعقيدات العنف والتفاعلات البشرية فى وجود موارد محدودة للغاية. ويعد هذا المجمع الفقير الذى تتفشى فيه الصراعات ، والذى بنى عام ١٩٨٢، جزءا من المناطق السكنية التى يقطنها السود فى مدينة الكاب . وفى عام ١٩٩١، بلغ العدد الإجمالى لسكان المجمع ١٠.٣٤٠ نسمة. كانت النساء ترأس ٣٢٪ من البيوت هناك ، كما كان الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٦ عاما يمثلون نسبة ٣٦٪ من السكان. كان الدخل الشهرى المتوسط يبلغ نحو ١٩٠ دولار أمريكى .

يمثل العنف جزءا من الحياة اليومية فى New Crossroads ، كما يعد ضرب الأطفال فى المنزل طريقة روتينية للتأديب ، كما يتكرر العقاب الجسدى للتلاميذ فى المدارس ، ويكون عشوائيا ، وأحيانا شديدا . ويقع أغلب العنف فى الشوارع. فبرغم أن التأديب المنزلى ولجان الشوارع (street committees) تحد من تكوين العصابات بدرجة كبيرة ، لا يزال أفراد العصابات يعيدون تكوينها ، كما تضيف الخلافات الاقتصادية والصراعات السياسية لشبح اندلاع العنف فى الشوارع .

وبرغم هذا العنف ، فقد احتفظت المنطقة بترابط بين الجيران ، من خلال العلاقات الحميمة بين أفراد العائلات الممتدة ، والروابط الموجودة بين الجيران وأفراد لجان الشوارع. ويمكن أن يكون لوجود أو غياب هذه الأنظمة الداعمة تأثير فعال على رفاهية ومستقبل الشباب المحلى .

عانى مثيثيليلى (Mthetheleli) ، وعمره ١٢ عاما ، من الفقر والعنف لأغلب فترات حياته . فكثيرا ما كان يمضى طيلة اليوم دون طعام. وبداية من فترة الرضاع ، تعرض للضرب المبرح على يدى والده ، لذا فقد كان جسده يحمل ندوبا لبعض هذه الضربات. ونادرا ما كانت والدته تتدخل لمنع هذه الممارسات التأديبية ؛ بل إنها كانت تستثير حدوثها أحيانا ، بتأليبها للأب على ابنه .

يعمل كل من والدى مثيثيليلى ، مما يحقق للبيت دخلا شهريا إجماليا قدره ٣٣٣ دولارا أمريكيا. ويحمل بيته طابع الفقر – فهو بارد ، وقذر ، ومنتن. ويتوجب على مثيثيليلى وابن عمه القيام بالواجبات المنزلية الأساسية. كما يتوجب عليه أيضا أن يرعى شقيقته الصغيرة وأن يساعد عمه فى تربية عنزاته التسع. وهو يتمرد على هذه المسئوليات ، مما يزيد من حدة غضب والده عليه .

لا توفر المدرسة سوى القليل من الراحة. ولكونه تلميذا مهملا ، يتعرض مثيثيليلى للضرب على أيدى مدرسيه لعدم استذكاره لدروسه ، ولإيقاعه للفوضى فى الفصل ، ولاستثارة المشاجرات بين

زملائه. ولم يكن للتأنيب سوى تأثير قليل على مثيثيليلي ، اللهم إلا في جعله متزايد العنف والعدوانية .

ومن ناحية أخرى ، نجح دومو (Dumo) في النجاة من العنف اليومي للمدينة . فهو واحد من أفراد إحدى العائلات الممتدة المترابطة والداعمة البالغ عددهم اثنى عشر فردا . ويبلغ الدخل الشهري للمنزل نحو ٣٦٦ دولار أمريكي. وقد تولى مسئولية رعاية دومو خاله الذي يعد رأس العائلة ومصدر رزقها الأساسي. فقد هجرته أمه مع شقيقه نتيجة للضغوط الاجتماعية التي تعرضت لها لكونها وضعت دون أن تكون متزوجة. كما كانت إحدى خالات الأم تقدم المشورة "الأبوية" بدورها .

يتسم منزل دومو بالنظافة والترتيب ، برغم فقره. وعلى الرغم من أن دومو يفتقد والدته ، فهو يشعر بالقبول ضمن أفراد العائلة الممتدة ، كما يساعد طواعية في أداء الواجبات المنزلية. ولكونه تلميذا متفوقا ، فقد كان قادرا على تجنب التعرض للضرب هناك. كما انضم لفريق لكرة القدم بعد انتهاء الدراسة للابتعاد عن الشوارع. فهو يقول أن معظم أفراد العصابات هم من المراهقين الذين تعرضوا للطرد من المدرسة ، والذين لا يجدون ما يفعلونه. ويأمل دومو في أن يصبح محاميا عندما يكبر حتى يمكنه مساعدة الفقراء في الدفاع عن أنفسهم .

تظهر الاختلافات الموجودة بين حياة كل من مثيثيليلي ودومو أن العنف لا يولد العنف في جميع الحالات. ففي الحين الذي يمكن فيه للمجتمع المتسم بالعنف أن يتسبب في اعتماد الأطفال للسلوكيات العنيفة ، يمكن أن توفر التوجهات الفردية والعلاقات الداعمة مع الكبار (وليس الوالدان وحدهم) حماية لهم وتقلل من أخطار المزيد من العنف. ويمكن للعديد من البرامج الفعالة أن تقلل أيضا من هذه الأخطار . ويمكن للمبادرات الاقتصادية أن تقلل من حدة الفقر المهين الذي تتعرض له العائلات . ويمكن لإصلاح النظام التعليمي ، في وجود عاملين مؤهلين والمزيد من الدعم المالي ، أن يقلل من ثقافة العنف هذه . ويمكن للبرامج الموجهة لغير المتعلمين من الشباب ، أن توفر تدريبا مهنيا. كما يمكن أن توفر المساعدات المقدمة إلى أطفال الأسر المعوزة بيئة داعمة من الكبار المستجيبين[٤٦].

والجثث المشوهة ، واعترافات الذين تعرضوا للتعذيب ، مما وثق لحالات العنف والاختفاء التي تكررت خلال السنوات السابقة . ومن خلال "إتقان الرعب" الهائل هذا ، أصبح الأرجنتينيون قادرين على الحديث عما كانوا ينكرون وجوده أو يتجاهلونه في السابق[٥٣]. وقد منح دور آخر من رواية القصص قوة لشهادات الناجين من أفران الحرق النازية (Holocaust) ، وضحايا القمع ، مع تشديد الأفراد والعائلات على الحاجة لتعريف الآخرين بما تعرضوا له من العنف والتعذيب .

وتدفع حاجة مماثلة كثيراً من العلاجات الموجهة لضحايا التعذيب والقمع السياسي. ومنذ السبعينيات ، أنشئت المراكز العلاجية في العديد من دول العالم. وبرغم أن

الفلسفات العلاجية لهذه المراكز تنتج خليطا متنافرا من التقنيات ، والتى تتراوح بين المقاربات الديناميكية – النفسية وتلك الإدراكية ، إلى استخدام الأدوية النفسانية التأثير ، تعتمد أغلب تلك المعالجات على فكرة أن الضحايا يحتاجون للتعبير اللفظى والتبصر فى تجاربهم المأساوية. ومما لاشك فيه أن الأفكار الديناميكية – النفسية تؤثر على هذه العملية ، لكنه من الواضح أيضا أنها نابعة عن "الاكتشاف المشترك" ، بين المعالجين والعملاء ، بأن التذكر التفصيلى والتقرير للأحداث المأساوية تحت الظروف الملائمة ، يمكن أن يخفف من حدة الأعراض ويسهل عملية الاندماج فى المجتمع[٥٤]. يطلب ثينفويجوس (Cienfuegos) ومونيللى (Monelli) ، على سبيل المثال ، من زبائنهم الشيليين تقرير "شهادة" عن الملاحقة التى تعرضوا لها ، لتساعد فى تفصيل وتكامل التجارب المأسوية[٥٥]. ويذكر موليكا (Mollica) بدوره ، أنه يقوم وزملاؤه بمساعدة اللاجئين من الهند الصينية فى إعداد ومشاركة "قصة للصدمة" تعمل على "تحرير المريض من الماضى"[٥٦]. ويمارس المعالجون العاملون مع ضحايا القمع السياسى فى أمريكا الوسطى والجنوبية أسلوب الحصول على التقارير المطولة عن الأذى ، مع حصولهم على نتائج جيدة[٥٧]. ويقدم سومنير (Somnier) وجينيفك (Genefke) أكثر التفسيرات تفصيلا عن فعاليتها : فمن خلال إعادة مفصلة لتصور التجارب المأساوية ، يستطيع الضحايا إيجاد معنى لملاحقتهم ، وأن يفهموا أن الأذى الذى ألحق بهم كان متعمدا لتحطيم معنوياتهم[٥٨]. وعندها يصبحون قادرين على تعميم معاناتهم الشخصية ، ومن ثم تخطى مرحلة لعب دور الضحية .

هناك تحذيرات عديدة موجهة لأولئك الذين يخضعون للمعالجة. منها أنه قد يكون هناك تركيز مبالغ فيه على عملية التعذيب. يحذرنا وليجن (Willigen) بقوله : "قد يسبب الانتباه أو التركيز المبالغ فيه على أولئك الذين تعرضوا فى السابق للتعذيب ، عن طريق تنزيل (relegate) الأنماط الأخرى من العنف المنظم وتأثيراتها النفسية إلى مرتبة الأهمية الثانوية ، فى إهمال أولئك الأشخاص الذين تعرضوا لصدمات نفسية مؤلمة ، برغم أنهم لم يتعرضوا للتعذيب"[٥٩]. وينطبق هذا التحذير بصورة خاصة على رعاية الشعوب غير الغربية ، حيث قد يكون التركيز المنفرد على التعذيب والفاعلية السيكولوجية غير ذى صلة بالموضوع بصورة كبيرة. فقد تظن امرأة كمبودية أنه من

الأفضل ألا تتحدث عن مآسي الماضي ، بينما يكون معالجها الأمريكي موجها لمساعدتها على التحدث عن تجاربها المأساوية . وبالفعل ، توحي بعض الأدلة بأن التقارير المطولة عن التعذيب قد تتسبب في مضاعفة الأعراض المرضية(٦٠). وينطبق هذا على وجه الخصوص على بعض اللاجئين من أفريقيا وجنوب شرقي آسيا ، والذين ينزعون لمعايشة الصدمات والشفاء منها بطرق مختلفة عن الأطر الروائية (narrative) لكثير من المجتمعات الغربية ، والتي كثيرا ما ترتبط بالأفكار اليهودية – المسيحية المتعلقة بالتنفيس (catharsis) ، والاعتراف ، والتعويض (reparation) ، والتخلص من الخطايا (redemption). ومع ذلك ، ففي بعض الأحيان يقل ارتباط استعداد ، أو عدم استعداد ، الناجين للحديث عن تجاربهم المؤلمة ، بالأحاسيس الثقافية عن تقييمهم للأخطار السياسية التي قد يتعرضون لها : فلا يقدر بعضهم على الحديث عن هذه التجارب. وفي كلا الحالتين ، تركز كثير من الدراسات على حقيقة أنه يجب تنفيذ الشهادات الاجتماعية ، أو "التعويضات" ، قبل أن تبدأ الجروح في الاندمال(٦١). وتوحي أخرى بأن "الشفاء" ما هو إلا اصطلاح متفائل ، لأن ما يتعلم الناس أن يفعلوه هو التعايش مع ذكرياتهم التي لا يمكن استيعابها (inassimilable) .

وتخلق الطبيعة الاجتماعية – السياسية للجروح والذكريات ، موقفا ترتبط فيه الشهادات الشخصية للعلاج بصورة مباشرة بتشريع (legitimation) المعاناة. ويعد العلاج ، على الأقل في تلك الحالات ، فعلا سياسيا مكملا لإطار اجتماعي. وبالفعل ، فتعتمد كثيرا من المعالجات الواعدة للناجين من العنف ، على هذه الحقيقة في تطوير البرامج التي لا تكتفي بمجرد العناية بالأعراض المرضية النفسانية ، بل وبأوجه الأذى الاجتماعية والأخلاقية . وقد طورت لايكس (Lykes) وزملاؤها ، على سبيل المثال ، برنامجا للصحة العقلية في مجتمعات المايا في جواتيمالا يهتم ، من خلال ورش العمل المبتكرة ، بالصمت والخوف الناتجين عن الحرب : فباستخدام اللعب ، والفن ، والدراما ، يصبح العاملون في مجال الصحة العقلية قادرين على مساعدة الأطفال في تثبيت تجاربهم للرعب وفقد الأحباء ، إضافة إلى مساعدة المجتمع ككل في إعادة بناء الروابط الاجتماعية التي مزقتها الحرب(٦٢). وقد طور كل من بريستين (Bristain) وريرا (Reira) برامج شبيهة للصحة العقلية فاعلة على المستوى المجتمعي في أمريكا

اللاتينية ، كما فعل كل من شو (Shaw) وهاريس (Harris) فى موزمبيق[٦٣]. وبهذه البرامج ، يتضح أن المعالجة تشتمل على اتفاقية اجتماعية للشهادة والإثبات .

تخلص الأبحاث التى أجريت على خدمات التأهيل ، عموما ، إلى أن الناس قد يتعافون من الأعراض النفسية والطبية المحددة ، لكن تداعيات الخوف ، والرعب ، والتعذيب ، كثيرا ما تستمر فى التأثير على حياتهم وكثيرا ما يكون التلف الحادث اجتماعيا بالدرجة الأولى : كما هو الحال بالنسبة للناجين الكمبوديين من حملات التطهير العرقى ، والناجين الصينيين من الثورة الثقافية ، تتفكك العائلات ، وتفقد الجذور الثقافية ، وتقع حالات الانتحار والشعور بالذنب من قبل الناجين (survivor guilt) ، كما يعد إعادة التكيف على الحياة الطبيعية من الأهداف غير الواقعية. ويظهر الأطفال فى بعض الأحيان مرونة ملحوظة ، خصوصا عندما يكونون قادرين على البقاء ضمن إطار من الدعم الأسرى والاجتماعى. ويتعرض الأطفال الذين يعيشون فى ملاجئ الأيتام (أو المشردين فى الشوارع) بصورة أكبر لخطر التعرض لضوائق نفسية مستمرة[٦٤]. وعلى هذا تكون أفيد الخدمات التأهيلية هى تلك التى تساعد ليس فقط فى تخفيف حدة الأعراض النفسية ، بل وفى إعادة دمج أفراد المجتمع (إذا كان لا يزال موجودا) بطريقة ذات مغزى ، وصلبة ، وذات قيمة سياسية .

العنف بين الأفراد (Interpersonal Violence)

برغم أن هذا الفصل قد ركز على أنماط وتأثيرات العنف الجماعى والسياسى ، فلا يمكن أن نغفل أهمية العنف بين الأفراد . تحتل الوفيات العنيفة (نتيجة للحوادث ، والانتحار، والقتل ، إلخ..) المرتبة الثالثة كأكبر أسباب الوفيات فى أغلب البلدان المرتفعة الدخل ، وبعض الدول المنخفضة الدخل التى تقدم بيانات إحصائية موثوقة[٦٥].

فى منطقة الأمريكتين ، تبلغ الوفيات الناجمة عن أسباب متعلقة بالعنف معدلات خطيرة ، كما أن تلك المعدلات فى ارتفاع مستمر. وفى المكسيك ، على سبيل المثال ، تسببت أعمال العنف فى ٥٪ من الوفيات عام ١٩٨٢ ، وفى ٨٪ من معدل الفقد المحتمل فى سنوات العمر. أما فى السلفادور ، فقد مثلت الوفيات الناجمة عن العنف ٩٪ من

إجمالى الوفيات لعام ١٩٨٤ ، إضافة إلى ٢١٪ من معدل الفقد المحتمل فى سنوات العمر . وفى كولومبيا ، زادت معدلات القتل بنسبة ٥٠٪ بين عامى ١٩٧٢ و١٩٨٢ ، كما تضاعفت ثلاث مرات بين عامى ١٩٨٣ و١٩٩٢ . وفى العام ١٩٩٠ ، كان القتل هو أكبر أسباب الوفيات فى كولومبيا بالنسبة للمجموعة العمرية أقل من ٢٠ عاما[٦٦].

وفى الولايات المتحدة ، يحتل القتل المرتبة الثانية عشرة بين أكبر أسباب الوفيات بالنسبة لعموم السكان ، مما يعنى وقوع ٢٢.٠٣٢ حالة للقتل فى عام ١٩٨٨[٦٧]. وبالنسبة للذكور والإناث من السود الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة عشرة والرابعة والثلاثين ، يعد القتل أكبر أسباب الوفيات. وبالنسبة للشباب ، يمثل القتل المزيد من الفقد فى سنوات الحياة المثمرة عنه بالنسبة للانتحار فى البيض والسود على حد سواء.

وباعتبار تلك المعدلات الخطيرة للوفيات الناجمة عن العنف ، بدأ العاملون فى مجال الصحة العامة فى معالجة المشكلة من منظور الصحة العامة ، والذى يتعارض مع وجهات النظر السائدة فى النظام القضائى. وتحاول تلك المناظير أن (١) تقلل من أخطار العنف ، وأن (٢) تخلق إطارا اجتماعيا وثقافيا يعزز اللا عنف وغيره من السلوكيات البنيوية .

خلصت اللجنة التى أنشئت فى عام ١٩٩٢ بغرض تطوير الإرشادات للحد من العنف فى الولايات المتحدة ، إلى أن "الاستراتيجيات التى يحتمل أن ينتج عنها خفض فورى فى معدلات الوفيات الناجمة عن العنف ، هى تلك المتعلقة بالحد من العنف المرتبط باستخدام الأسلحة النارية "[٦٨]. وتؤكد الإحصائيات أهمية هذا الاستنتاج. ففى عام ١٩٨٦، استخدمت الأسلحة النارية فى ٦٠٪ من حالات القتل والانتحار فى الولايات المتحدة[٦٩]. وقد وجد أن ٨٥٪ من المراهقين الذكور فى إحدى العينات الممثلة لجميع قطاعات مجتمع إحدى الولايات الأمريكية ، يمتلكون القدرة على الوصول الفورى إلى الأسلحة النارية ؛ بينما أشار ٤٩٪ من أولئك المراهقين إلى امتلاكهم لسلاح نارى بالفعل[٧٠]. ويشير الطبيب النفسى فيلتون إيرلز (Earls) وزملاؤه إلى أنه من بين الطرق المتاحة لتخفيض عدد الاعتداءات العنيفة فى الولايات المتحدة ، يمكن أن يكون "اعتماد تشريعات أكثر صرامة بالنسبة لتوافر الأسلحة النارية ، مصحوبا بتحول فى

القيم المجتمعية المتعلقة بامتلاك الأسلحة النارية واستخدامها ، خصوصا بين المراهقين"(٧١). وتتضمن الطرق الأخرى لتقليل الخطر تقديم تدخلات عاجلة فى أوقات الأزمات للعائلات التى تتعرض للضغوط ، أو تلك المعرضة لخطر العنف ، إضافة إلى تحسين سبل التعرف ، التحويل ، والمعالجة للأشخاص المعرضين لخطر العنف أو الإصابات العنيفة ، بما فيهم الزوجات اللاتى يتعرضن للضرب ، وضحايا إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم (انظر الفصل الثامن لمناقشة قضية العنف المنزلى)(٧٢).

وفيما يتعلق بمواجهة القوى الاجتماعية الأكبر التى تتسبب فى حدوث العنف ، هناك العديد من الاحتمالات فى برامج "التعزيز الصحى" (health-promotion). وتشمل تلك تطوير برامج الوقاية والتدخل الخاصة بالمجتمعات ذات المعدلات المرتفعة للإصابات الناجمة عن العنف ؛ والتدخلات التربوية للأطفال (بما فيها تنمية المهارات الاجتماعية غير العنيفة والقيم المناسبة للسلوك المسالم) ؛ والبرامج ذات الارتكاز المجتمعى التى تهدف لتقليل تقبل العنف وتعزيز الأساليب الحياتية غير العنيفة ؛ والبرامج الإعلامية التى تتبنى السلوكيات غير العنيفة. وتهدف هذه الجهود للتقليل من الاحتمال (tolerance) الثقافى المرتفع للعنف ، ولتعزيز سبل أكثر صحية لمعالجة الصراعات(٧٣). وفى نهاية الأمر ، وباعتبار أن السلوك العدوانى كثيرا ما يرتبط بالفقر ، والتدهور المجتمعى ، والسحب المنظم للخدمات والموارد ، تحتاج البنى التحتية الاجتماعية والاقتصادية لمزيد من التطوير(٧٤).

الحاجات البحثية (Research Needs)

يجب أن تتخطى الدراسات التى تتناول العنف الجماعى وتأثيراته ، حدود تحليل الأعراض النفسانية المحددة لتشمل تمثيل عدد من القوى الاجتماعية والسياسية. وحتى وقتنا الحالى ، تعكس معظم الأبحاث التى أجريت فى هذا المجال مفاهيم ومخاوف أوروبية (Europeanist) خاصة بالعلاقة التناقضية القائمة بين الدولة وبين الفرد. وهناك كم كبير من الوثائق التى تتناول التأثيرات الصحية العقلية لممارسات الأنظمة القمعية فى أمريكا اللاتينية وجنوب أفريقيا ، حيث تفرض الدولة تأثيرات مدمرة على

الصحة العقلية للأفراد. كما سيطر الاهتمام برفاهية الأفراد أو الأسر فى ظل القمع ، والتعذيب ، والحبس ، والاختفاء ، على جداول الأعمال البحثية ، ولكن بتكاليف معينة. فنحن نعرف الآن عن العواقب النفسانية للعنف أكثر مما نعرفه عن الأوجه السلوكية والاجتماعية المتعلقة بها ، ونعرف عن الأنظمة القمعية أكثر مما نعرف عن مواقف العنف العرقى أو المدنى .

وتلك النقطة الأخيرة وثيقة الصلة بعقد التسعينات ، حيث تتعرض الكثير من الدول الضعيفة لتهديدات نشوب الصراعات ، ومن ثم الانهيار. وبرغم أننا نستطيع الآن أن نتوقع بجلاء تلك التأثيرات الصحية العقلية لأحد الأنظمة القمعية ، إلا إننا نفتقر إلى الإطار المفاهيمى الضرورى لفهم ما يجرى للعائلات وللمجتمعات فى أماكن مثل الصومال ، أو ليبيريا ، أو البوسنة ، حيث زال وجود الدولة ، وحيث لا توجد حكومة موحدة لتسيير شئون الدولة. ومن ناحية أخرى ، هناك القليل جدا من الوثائق التى تتناول الجوانب السيكولوجية أو الاجتماعية للعنف المدنى ، على الرغم من تلك المواقف المطولة للاضطراب المدنى فى كولومبيا ، وبيرو، وسريلانكا. وهناك قدر يزيد عن ذلك بقليل من الوثائق المتعلقة بالتداعيات الاجتماعية والثقافية للعنف العرقى ، لكن هناك الحاجة لمعرفة المزيد والمزيد مما يتعلق بهذه الأمور .

دفعنا التركيز على رفاهية الفرد ، والتى هى من الأولويات المعروفة لكل من الأطباء النفسيين والمعالجين ، إلى الاهتمام بصورة أقل بالجوانب الاجتماعية للعنف. فلم نتوصل حتى الآن للإجابة على العديد من الأسئلة المهمة. فما هى التأثيرات الباقية للصراعات الواسعة النطاق فيما يتعلق بالمشاعر ، والقيم الأخلاقية، والأساليب المعيشية لمجتمع أو لأمة ما ؟ وما هى التأثيرات السلوكية المستديمة الناتجة عن ثقافات العنف فى بلدان مثل موزمبيق وجنوب أفريقيا ؟ وإلى أى حد ينتج العنف المنزلى والعنف فى الشوارع عن القمع والصراعات الطويلة الأمد؟ وما الذى يحدث للجنود ، والجلادين، ومعتمدى العنف عند عودتهم إلى حياة المجتمع ؟ وما هى الصعوبات النفسية والاجتماعية التى يواجهونها فى الحياة المدنية ؟ وما الذى يحدث للمجتمعات أو التجمعات السكانية عندما تخف حدة القتال ؟ وماذا يحدث عندما يعيش أعداء الأمس كجيران لأعدائهم فى بلدان مثل نيكاراجوا، والهند ، وسريلانكا؟ وما هو نوع الذكريات

أو الشهادات الاجتماعية التى تنتج فى ظل انتشار العنف؟ وبكلمات أخرى ، ما هو نوع الحياة التى يعيشها أطفال كمبوديا ، وجواتيمالا، وموزمبيق ، والصومال ، وجنوب أفريقيا؟

تذكرنا الكلمات التى نطق بها معالج موزمبيقى فى الثمانين من عمره بما هو معرض للخطر ، فقد تحدث مع نوردستروم عن أطفال اللاجئين الذين يتولى علاجهم ، فقال له :" لا يشبه هذا الموقف إصابتك بالجنون ، والذى يمكننا معالجته. كلا، بل هو ناتج عما رأوه – هذه مشكلة اجتماعية ، مشكلة سلوكية ، وليست مشكلة عقلية . فهم يضربون بعضهم البعض ، وهم غير مهذبين ، وهم يتبادلون النكات الوقحة ، كما أنهم متمردون. ويمكنك أن ترى ذلك فى سلوكياتهم تجاه بعضهم البعض : المزيد من العنف ، والمزيد من الوقاحة ، والقليل من الأدب – أى المزيد من تحطيم القواعد والتقاليد. ليس هناك من دواء لهذه الحالة "(٧٥).

يتوجب على الأبحاث المستقبلية مواجهة هذه المشكلة. فالكثير من المجتمعات تنحط أخلاقيا عند تعرضها للعنف المتواصل ؛ فهل من الممكن أن يستعيد الناس أخلاقياتهم المفقودة ؟ وإذا كانت الإجابة بنعم ، فكيف يمكن ذلك ؟ ... كيف يمكن أن يتكيف الناس على حياتهم الجديدة ؟ وكيف يمكن تسهيل عملية التعافى بأفضل صورة ؟ وكيف يمكننا منع حدوث أسوأ التأثيرات المدمرة والطويلة الأمد للعنف ؟. وهناك حاجة لمعرفة المزيد أيضا عن الظروف الاجتماعية التى تؤدى لنشوء ثقافات العنف ، إذا أردنا محاولة وقاية الأجيال القادمة من الحياة داخل مجتمعات تسود فيها القوة الجسدية. وإذا استعرنا كلمات معالج موزمبيقى آخر ، " لقد رأى الناس ما يكفى من الحرب وزيادة ؛ والكثير من العنف – لقد حولوا الحرب إلى أنفسهم. ونحن نعالج ذلك ، فهذا واجبنا – فإذا لم نُخرج الحرب من داخل الناس ، فستستمر وتستمر ، وتتخطى الرينامو ، وتتخطى نهاية الحرب ، حتى تصل إلى المجتمعات ، وإلى العائلات ، حتى تدمرنا جميعا"(٧٦). علينا أن نتعلم كيف "نُخرج العنف من داخل" الناجين من الحرب ، كما يحاول شعب موزمبيق أن يتعلم .

وخلاصة القول أنه برغم أهمية التركيز على الصدمات النفسية والأعراض النفسانية ، فلابد من أن يكون العاملين فى مجال الصحة العقلية ، وعلماء الأنثروبولوجيا ، وغيرهم ،

مستعدين لمواجهة الدمار الاجتماعى الباقى نتيجة للتهجير القسرى ، والفقر، والجوع ، والحبس ، والخوف المستديم ، والوجود الدائم للموت ، والتعذيب ، والاختفاء. ويجب أن توضع محاولات المعالجة ، أو التبصر، أو التعويض ، ضمن إطار تلك المآسى والمشكلات التى تسببها. ويجب علينا أيضا أن نتشكك فيما نعنيه بالصحة العقلية ، وهو مفهوم يعرّف نمطيا بمفهوم السواء (normality). فمع كون العرف السائد فى بلدان مثل السلفادور هو الخوف ، والعنف ، والتهجير ، لابد من التشكيك فى الأفكار المتعلقة "بالسواء" (انظر إطار ٦-٢ فى الفصل السادس). ما هى الطريقة الصحية للتعامل داخل أحد معسكرات اللاجئين؟ وإلى أى مدى تنطبق المفاهيم التقليدية للرفاهية فى مواقف الضيق المفرط ؟ وهل تعد الصحة العقلية هدفا واقعيا بالنسبة للمجتمعات التى دمرها العنف ؟.

الاستنتاجات

- كثيرا ما تؤدى الحروب ، والصراعات الطويلة الأمد ، والنزاعات العرقية ، والقمع الحكومى ، إلى فيض من المشكلات الاجتماعية ، والاقتصادية، والنفسية التى تقوض عافية السكان. ويتراوح التلف الناتج من الإعاقات الجسدية للصدمات النفسية إلى انهيار الأساليب المعيشية المحلية. وتعد الخدمات الدولية الحالية التى تهدف لحل تلك المشكلات من الأهمية بمكان ، إلا أنها لا تزال غير كافية. وبالمثل ، تتسم الخدمات الصحية وخدمات الصحة العقلية فى كثير من البلدان الفقيرة بالقصور الشديد من ناحية التمويل والعاملين المحتملين .

- يتعلق بعض من أكثر جوانب العنف تدميرا بعقابيل (aftermaths) الصراعات ؛ مثل تخريب الاقتصاديات المحلية ، ونقص الطعام ومياه الشرب ، والانعزال عن بقية أفراد الأسرة ، والتهجير. وللحد من هذه المشكلات، من الأفضل توجيه العناية بالصدمات الناجمة عن العنف من خلال توقع حدوث الصراعات الإقليمية أو تلك التى قد تنشب داخل الدولة الواحدة ، وتقديم المساعدة مبكرا لضحايا العنف الحادث ، إضافة إلى تطوير مراكز علاجية فى مخيمات اللاجئين وغيرها من الملاجئ الآمنة ، والتى تتمتع بالحساسية للثقافة المحلية.

- نادرا ما تكون المعالجة الموجهة للأفراد متوافرة بالنسبة للكثير من سكان البلدان الفقيرة ، حيث تقع أغلب الصراعات الدائرة فى عالم اليوم. وبهذا تكون البرامج ذات التوجه المجتمعى هى أكثر الخيارات المتاحة واقعية فى كثير من الأحيان. وقد تكون كذلك هى أكثر تلك الخيارات فاعلية. وتؤكد الفوائد التى تقدمها تلك البرامج ذات التوجه المجتمعى لضحايا التعذيب ، والنجاح النسبى لبرامج الصحة العقلية الموجهة للمجتمعات فى جواتيمالا وموزمبيق ، والتأثيرات الإيجابية للبرامج التربوية للشباب السود فى جنوب أفريقيا ، على أهمية العمل على المستوى المجتمعى .

- تقترح روح (ethos) الخوف والعنف التى تبقى فى كثير من المجتمعات ، أن التدخلات العلاجية يجب أن تعمل على المستوى الثقافى ، إضافة إلى المستوى النفسى من أجل إيجاد قاعدة أخلاقية آمنة للحياة اليومية. وبالفعل ، فقد يؤدى التركيز المبالغ فيه على الصدمات الفردية إلى إغفال أو نزع شرعية أوجه الضرر الاجتماعية ، من انحطاط أخلاق المجتمع ككل إلى تهجير مجتمعات بكاملها عن أراضيها .

- تؤدى الصدمات التى تهدد العافية الشخصية إلى تعريض الأساليب المعيشية لثقافة كاملة للخطر. فالمجتمعات ، مثلها فى ذلك مثل الأفراد، تعانى فى ظل العنف. وكثيرا ما يتخذ رد الفعل نمطا معينا : فيحاول المجتمع إعادة إحياء اللغة ، و المعانى ، والمشاعر الأخلاقية التى كثيرا ما يتم تقويضها بفعل العنف. وبرغم أنه من الممكن تيسير هذه العملية ، فلابد من أن تعمل التدخلات العلاجية بالترادف مع القيم المحلية. وعلى سبيل المثال ، يمكن أن تتمثل أفضل خدمة بالنسبة لبعض المجتمعات فى البرامج التى تساعد فى التعبير اللفظى عن الأحداث المأسوية ومعقبات العنف ، بينما قد يكون بث واقع جديد ، بدلا من صدمات الماضى ، هو السبيل الأمثل لمجتمعات أخرى .

- عندما تمتلك المجتمعات حسا بالتماسك والصلابة فى أعقاب العنف ، تكون تأثيرات ومعقبات العنف أقل حدة بصورة عامة. ولذلك فمن المفيد للغاية أن نساعد العائلات ، والقرى ، والشبكات الاجتماعية ، على الاحتفاظ بتماسكها قدر المستطاع. وهناك حاجة لتطوير البرامج التى تساعد الأسر على التماسك كلما أمكن ذلك ، والتى تمكن الأطفال الذين لا آباء لهم على البقاء داخل المجتمعات وليس ملاجئ الأيتام.

– كثيرا ما يولد العنف عنفا. ويمكن للقمع الحكومى والصراعات الطويلة الأمد أن تتسبب فى خلق اقتصاد أخلاقى (economy of morals) يتسم بكون فرض القوة هو أكثر قنوات انتقال السلطة فعالية. ولابد هنا من إجراء دراسات متعمقة لتحديد كيفية وقاية الأجيال من العيش فى مجتمعات تسود فيها القوة الجسدية. ويجب تطبيق هذه الاستراتيجيات الوقائية بصورة فعالة .

– يعد العنف بين الأفراد مشكلة متنامية فى الكثير من المجتمعات ، خصوصا فى أمريكا الجنوبية والشمالية. ويمكن تقليل الخطر الفورى للعنف إذا قامت الحكومات بإيجاد تشريعات أكثر صرامة بخصوص الأسلحة النارية ، مع قيامها بتوفير خدمات للتدخل العاجل فى أوقات الأزمات للعائلات المعرضة للضغوط والتى يتهددها خطر العنف. ويمكن تغيير الإطار الاجتماعى العريض ، والذى يسبب السلوكيات العنيفة ، من طريق تطوير برامج "التنشيط الصحى" التى تحد من الاحتمالية الاجتماعية المرتفعة للعنف ، وتدعو لسبل صحية لمعالجة الصراعات .

– على العكس من المفاهيم الشائعة ، فكثيرا ما يكون هناك تخطيط وتحريض على الاضطرابات العرقية والصراعات الدينية. ففى الحين الذى يقوم فيه السياسيون والقادة المحليون بتحريض الجماهير ، وتوفير وسائل الانتقال ، والأسلحة ، كثيرا ما تشترك قوات الشرطة فى أحداث العنف بعدم بذل أى جهد لمنع وقوعها. ويمكن اتخاذ العديد من الخطوات لمنع حدوث مثل هذه الأفعال . فيجب أن تتألف قوات الشرطة من أعراق متعددة ، وأن يطلب منها أن تتخذ موقفا شعبيا قويا فى مواجهة العنف ؛ فالمعرفة المسبقة للجماهير بأن قوات الشرطة لن تقف مكتوفة اليدين فى مواجهة أحداث الشغب يعد عاملا مثبطا قويا . ويجب على قوات الشرطة أيضا أن تتوقع حدوث الصراعات وأن تجعل وجودها محسوسا فى الشوارع قبل اندلاع تلك الصراعات. وأخيرا ، فحيثما وجد الدليل على تورط الحكومة المركزية أو الهيئات الحكومية المحلية فى أحداث العنف ، يجب أن تتحمل تلك الهيئات المسئولية كاملة عن هذه الأحداث .

– من بين أخبث أوجه العنف ، نجد نزع الشرعية عن التجارب ، والذى يحدث أحيانا عندما يحاول الناجون الحديث عما لاقوه وعانوه. وإذا أريد إضفاء الشرعية على صدمات الحروب بالنسبة للأفراد ، والمجتمعات ، والمجموعات المختارة (النساء ، والأطفال ، والأقليات العرقية) ، فلابد من جعلها فى مقدمة اهتمامات الشعور الشعبى. وعلى المستويين الوطنى والدولى ، لا يمكن للباحثين والسياسيين أن يستمروا فى صمتهم .

الهوامش

(١) المصدر : Nietschmann, 1987.

(٢) المصدر : Summerfield and Toser, 1991; Cliff and Noormahomed, 1°988; Nordstrom, 1992.

(٣) المصدر : The Arms Project and Physicians for Human Rights, 1993.

(٤) المصدر : Santiago,1990. .

(٥) المصدر : Das and Nandy, 1985.

(٦) المصدر : Santiago, 1990.

(٧) المصدر : المرجع السابق: ٢٩٣.

(٨) المصدر : Dowdall,1992:453-54.

(٩) المصدر : Liddell et a1., 1991.

(١٠) المصدر : Das, 1990; Tambiah, 1993.

(١١) انظر Tambiah,1993.

(١٢) المصدر : Agudelo, 1992:370.

(١٣) المصدر : Martin-Baro, 1989.

(١٤) المصدر : Leon,1987.

(١٥) المصدر : Bourque arid Warren, 1989.

(١٦) المصدر : Nordstrom, 1992.

(١٧) المصدر : O'Donnell, 1983; Corradi et a1., 1992; Jenkins, 1991:149.

(١٨) المصدر : Straker, 1988.

(١٩) المصدر : Salimovich et al., 1992:74-75.

(٢٠) المصدر : Martin-Baro, 1989:5.

(٢١) المصدر : Allodi and Rojas, 1985.

(٢٢) المصدر : Allodi, 1980.

(٢٣) المصدر : Barudy, 1989:719.

(٢٤) المصدر : .Amnesty International, 1983:5

(٢٥) المرجع السابق : ١١

(٢٦) المصدر : .Katz, 1982; Foster, 1987:110

(٢٧) المصدر : .Foster, 1987

(٢٨) المصدر : .Vesti et a1., 1992

(٢٩) المصدر : .Allodi and Rojas, 1988

(٣٠) المصدر : .Allodi, 1991:5

(٣١) المصدر : .Comita de Defensa de los Derechos del Pueblo, 1989

(٣٢) المصدر : .Acuna, 1989

(٣٣) المصدر : .Cohn et al., 1980; Weile et a1., 1990

(٣٤) المصدر : .Dawes,1990:17

(٣٥) المصدر : .Kanji, 1990

(٣٦) المصدر : .Melville and Lykes, 1992

(٣٧) المصدر : .Save the Children, 1991

(٣٨) المصدر : .Martin-Baro, 1989

(٣٩) المصدر : .Jenkins, 1991

(٤٠) المصدر : .Richards, 1992; Nordstrom, 1992:269

(٤١) المصدر : .Jenkins, 1991; Jenkins and Valiente, in press

(٤٢) المصدر : .Straker, 1992

(٤٣) المصدر : .Turton et al., 1991

(٤٤) المصدر : .Straker, 1992

(٤٥) المصدر : .Ramphele, 1993

(٤٦) انظر .Ramphele, 1993

(٤٧) المصدر : Nordstrom, 1992:269

(٤٨) المصدر : .Leon, 1987

(٤٩) المصدر : .Martin-Baro, 1989

(٥٠) المصدر : .Farias,1991:170

(٥١) المصدر : .Suarez-Orozco, 1992

(٥٢) المصدر : .Kusnetzoff, 1986; Suarez-Orozco, 1990:368

(٥٣) المصدر : .Suarez-Orozco, 1992:249

(٥٤) المصدر : Mollica. 1987:299.

(٥٥) المصدر : Cienfuegos and Monelli, 1983.

(٥٦) المصدر : Mollica, 1987.

(٥٧) المصدر : Barudy, 1989; Becker et a1., 1989.

(٥٨) المصدر : Somnier and Genefke, 1986.

(٥٩) المصدر : Willigen, 1992:290.

(٦٠) المصدر : Boehnlein et al., 1985; Muecke, 1992:520.

(٦١) المصدر : Barudy, 1989; Becker et al., 1989.

(٦٢) المصدر : Lykes, 1994.

(٦٣) المصدر : Beristain and Riera, 1992; Shaw and Harris, 1991.

(٦٤) المصدر : Kanji, 1990; Melville and Lykes, 1992.

(٦٥) المصدر : Bourbeau, 1993.

(٦٦) المصدر : Pan American Health Organization, 1993.

(٦٧) المصدر : Earls, Slaby, Spirito et a1., 1992.

(٦٨) المصدر : Earls et a1., 1992.

(٦٩) المصدر : Earls, 1991:65.

(٧٠) المصدر : Sadowski et a1., 1989.

(٧١) المصدر : Earls et a1., 1993:294.

(٧٢) المصدر : Earls et a1., 1992.

(٧٣) المصدر : Pan American Hea1th Organization, 1993;

(٧٤) Earls et al., 1993.

(٧٥) المصدر : Nordstrom,1992:270.

(٧٦) المصدر : Nordstrom. 1992.

الفصل السادس

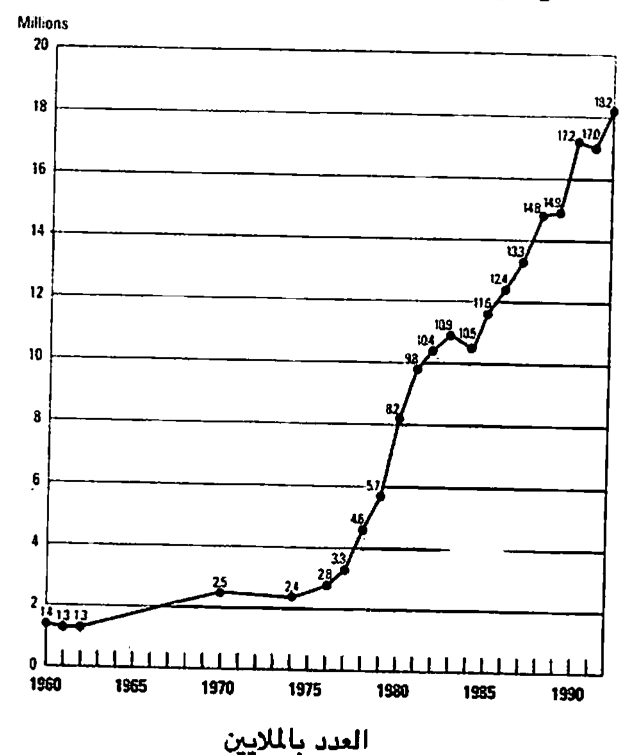
تهجير السكان

(Dislocation)

تتسم حياتى فى المعسكر بعدم الرضا . فلدى لكثير من المخاوف. ولست أستطيع أن أكسو أفراد عائلتى بطريقة لائقة. وليس لدى صوت فى هذا الموقف الذى نحن فيه. أشعر بحنين شديد إلى بيتى. أريد أن أطلب من الحكومة والمتمردين أن يكفوا ببساطة عن القتال ، حتى نتمكن من العودة إلى ديارنا بسلام .... فإذا أجبرنا أحد على العودة فلن نستطيع .... وسنقول :"يمكنكم أن تطلقوا النار علينا هنا"(١).

أصبح الخوف ، والشك ، واليأس الذين تنطق بهما كلمات اللاجئين الموزمبيقيين ، من الاهتمامات التى تزداد شيوعا بين غيرهم من أفراد الشعوب المنتشرة فى جميع أنحاء العالم. فقد تسببت الحروب والصراعات المختلفة التى دارت رحاها فى آسيا ، وأفريقيا، وأمريكا الجنوبية والوسطى ، فى تهجير الملايين عن ديارهم. وأدت المشكلات الاقتصادية فى المناطق والبلدان الفقيرة إلى حدوث موجة جديدة من اللاجئين الاقتصاديين. وفى الحين الذى يعيش فيه بعض أولئك المهاجرين القسريين ، ويعملون، فى البلدان الصناعية الغنية فى أوروبا وأمريكا الشمالية ، ينتهى كثيرون غيرهم إلى الحياة والعمل تحت ظروف من الاستغلال فى المناطق الأكثر غنى بقليل من بلدانهم الأصلية فى بقية أنحاء العالم. وتؤدى أسباب التهجير ، وطبيعة الرحلات التى يتخذها السكان خلاله ، وظروف الحياة فى المناطق التى يستقر فيها الأفراد أو العائلات ، إلى مخاطر تكتنف العافية الشخصية والاجتماعية للاجئين .

هناك ما يقرب من عشرين مليونا من اللاجئين "الرسميين" فى يومنا هذا – أى الأفراد الذين فروا إلى دول أخرى بحثا عن ملجأ من الحرب أو المجاعة (انظر شكل ١.٦). ويوجد أكبر عدد من اللاجئين فى العالم داخل قارتى آسيا وأفريقيا . فهناك ما يقرب من سبعة ملايين لاجئ فى آسيا (يتركزون أساسا فى باكستان وإيران) ، وما يقرب من خمسة ملايين منهم فى أفريقيا (يتركزون بصورة أساسية فى مناطق وسط وشرق القارة). وبهذا ، ففى الحين الذى كتب فيه الكثير عن اللاجئين الذين أعيد توطينهم فى البلدان الصناعية الغربية ، يعتبر هؤلاء اللاجئين لا نمطيين (atypical) بالمفهوم العالمى. فلا يعيش سوى ١٧٪ من إجمالى عدد اللاجئين فى جميع أنحاء العالم ، فى بلدان غرب أوروبا ، والولايات المتحدة ، وكندا ، وأستراليا. بينما ترك ٧٠ مليونا آخرون بلدانهم الأصلية ، بحثا عن العمل فى الغالب. ويتعرض كثير منهم لخطر الاستغلال الاقتصادى ، والظروف المعيشية المتدنية ، والمعاملة السيئة .



العدد بالملايين

شكل ٦–١: عدد اللاجئين حول العالم بين عامى ١٩٦٠ و١٩٩٢ (المصدر : UNHCR,1993)

هناك ما يزيد عن عشرين مليونا آخرين من المهجرين داخل حدود الدول التى ينتمون إليها. وبما أن أولئك اللاجئين لم يتخطوا حدود أوطانهم ودولهم ، لا تلعب الأمم المتحدة أى دور رسمى فى الاعتراف الرسمى بهم أو فى تقديم المعونات الإنسانية لهم. وعلى الرغم من ذلك ، تلعب الحكومات الداخلية دورا فى العملية ، بمعنى بقاء مصير وعافية الكثير من الأسر والمجتمعات المهجرة مرتبطا بشدة بالسياسات الإقليمية. فالسياسات الحكومية ، من المشروعات البيئية إلى إعادة التوطين القسرى ، تجبر الكثير من الجماعات السكانية على مغادرة ديارهم ؛ وفى أحيان كثيرة جدا ، تكون هذه من المجموعات الأصلية (aboriginal groups) التى تتلقى القليل من التعويض مقابل التهجير والاضطراب الذى يتوجب عليهم احتماله (انظر إطار ٦-١) .

لا تؤدى الهجرة وحدها بالضرورة إلى سوء الصحة العقلية. بل إن هناك عددا من القوى ، من الوضع الوظيفى إلى الظروف السكنية إلى الأحداث المأساوية التى تقع قبل ، وأثناء ، وبعد عملية التهجير ذاتها ، والتى يمكنها أن تتسبب فى حدوث الضوائق النفسية[٢]. وتضم العوامل الرئيسية التى تحدد مدى عافية (well-being) المهاجر ما يلى : ما إن كان المرء سيتكيف بصورة جيدة على التغيرات الناتجة عن الهجرة ، وما إن كان يعيش فى بيئة آمنة وصحية ، وما إن كان بمقدوره أن يحيا حياة منتجة ، غنية بالمعانى ، ومتميزة بالاندماج الثقافى (انظر إطار ٢,٦). وعلى هذا ، فهناك مجموعتان معرضتان لخطر عظيم للإصابة بالضوائق النفسية : وهما أولئك الذين يرتحلون للعيش والعمل فى منطقة أخرى فينتهى بهم الحال إلى أن يحيوا تحت ظروف تتسم بالانعزال والاستغلال ؛ وأولئك الذين ينشدون ملجأ من المجاعة ، والعنف، والاضطرابات السياسية.

إطار ٦-١: التهجير (Displacement)

تتسبب أنواع مختلفة من التغيرات البيئية فى تغيير حياة أعداد كبيرة من الناس بصورة فجائية ، فيجدون أنفسهم مجتثين ومهجّرين عن ديارهم. وعلى سبيل المثال ، تستمر المشروعات الهيدروكهربائية ومشروعات السدود الكبرى ، بما تتضمنه من إنشاء بحيرات وقنوات جديدة للرى ، بالإضافة إلى خطط إعادة التهجير القسرى ، فى تغيير حياة مئات الآلاف من السكان حول العالم.

تسبب السد العالى الذى أقيم فى أسوان بمصر فى تهجير ١٢٠٠٠٠ نسمة فى مصر والسودان ، كما تسبب مشروع كالاباج (Kalabagh) فى باكستان فى تهجير ١٢٤٠٠٠٠ نسمة ، وأجبر مشروع إيتابريكا (Itaparica) فى البرازيل ٤٥٠٠٠٠ نسمة على ترك منازلهم. وسيصبح مشروع الممرات الثلاثة فى جمهورية الصين الشعبية ، بطاقته المفترض أن تصل إلى ١٣٠٠٠٠ ميجا واط ، أكبر مشروع هيدروكهربائى منفرد فى العالم. وقد تسببت المشروعات الهيدروكهربائية الأخرى فى الصين ، مثل مشروعى دانجيانكو (Danjiankou) وسانمكسيا (Sanmexia) ، فى تهجير نحو عشرة ملايين نسمة منذ عقد الخمسينات. وسيتم تهجير مليون آخر عند اكتمال مشروع الممرات الثلاثة .

وتشمل التأثيرات الشائعة للتهجير الفقر ، وسوء التغذية، وزيادة معدلات المراضة ، والاعتماد على الغير ، وتحطم القيم المجتمعية وأنظمة الدعم التبادلية. ولاتعنى مشروعات إنشاء السدود وإعادة التوطين مجرد فقد المنزل والهوية التى تتأتى من الإحساس بالمكان ، بل إنها قد تتسبب فى طمس أجيال من المعرفة والجهود الثقافية العملية. ويضاف إلى ذلك الشعور بعدم الأمان ، والأعواز التغذوية ، والأخطار المتعلقة بالصرف الصحى (sanitation risks) ، والإمداد المائى الملوث ، ونقص الأراضى أو جدبها ، ومعاقرة الكحول ، وزيادة أخطار التعرض للمرض ، والحواجز التى تمنع التواصل بمصادر الخدمات الصحية .

فى حين تتوافر حاليا إرشادات عامة بخصوص الآثار الصحية لإعادة التوطين ، فهناك القليل مما يقال عن التأثيرات الصحية العقلية للتهجير وإعادة التوطين. وكثيرا ما تفشل الحكومات فى التشاور مع السكان المتضررين من بناء وإقامة مثل هذه المشاريع. وكثيرا ما يتم معالجة قضية التعويضات بصورة غير عادلة ، هذا إن تم تقديم التعويضات أساسا. وإذا تم دفعها مبكرا وبصورة ملائمة ، لا تعتبر "التعويضات" العادلة مجرد "تكاليف" غير مرحب بها بالنسبة للمخططين ، و"مكافأة" بالنسبة للمهجرين. فعلى العكس من ذلك ، فهى تعتبر أداة للعدل الاجتماعى توفر تصديقا وشفاء لإحساس الفقد الذى ينتاب المهجرين ، كما تضمن دعما ملموسا للجهود المبكرة للمهجرين تحت ظروف حياتهم الجديدة. أما إذا تأخرت التعويضات ، أو حجبت ، أو كانت غير كافية ، أو موزعة بصورة غير لائقة ، يخلف عدم التعويض وراءه ذكريات مؤلة ، ويضاعف من الشعور بالفقد والإحساس بالعجز ، كما يغذى الضيق النفسى والشعور بعدم الرضا ، كما يمكن أن يحيط المشروع بشعور من الشكوى المعتملة فى النفوس.

كان هناك القليل من تجميع البيانات قبل الصحية ، إضافة إلى القليل من الدراسات الطويلة الأجل حول الآثار الصحية لمشروعات إعادة التوطين الضخمة. وتتسم معظم الاستقصاءات التى أجريت قبل تنفيذ هذه المشروعات بكونها محدودة فى مداها وغير كافية فى حجمها. ونتيجة لذلك ، فلا يزال

الكثير من الكم الهائل للآثار الصحية والصحية العقلية المحتملة لإعادة التوطين غير معروف حتى الآن .

من المستحيل إزالة جميع الآثار الصحية لمشروعات إعادة التوطين الكبرى ، لكن كثيرا منها يمكن تخفيف حدته بالنظر إلى الصحة كأولوية متواصلة وأساسية بالنسبة لتخطيط مثل هذه المشروعات واسعة النطاق. وبالإضافة إلى دفع التعويضات الملائمة ودمج بعد صحى فى عملية التخطيط ، يمكن للسياسات الأخرى أن تقلل من حدة تأثيرات التهجير. وعلى سبيل المثال ، يجب أن يتم بحث جميع البدائل باستفاضة قبل أن يصل تخطيط المشروع إلى مرحلة متقدمة يستحيل معها إيقافه. ويجب أن يوضع فى الاعتبار هنا حقوق الإنسان وقضايا العدالة الاجتماعية. ويجب تجميع مدى كامل من الآراء المحلية لضمان التمثيل الكامل لجميع المعنيين بالأمر. ومن الضرورى هنا إجراء الاستقصاءات على مستوى القاعدة والتجميع الطويل المدى للبيانات الصحية .

ويجب أن يُشتمل المعاد توطينهم أيضا فى أية فوائد قد تنتج عن المشروع. وللوقاية من أسوأ ويلات التهجير فى المستقبل ، يتوجب على المشروعات الحالية إيجاد أنظمة قانونية تضمن وتصون حقوق الإنسان ، إضافة إلى الاقتصاديات السليمة والسياسات البيئية التى تركز على التجديد البيئى (environmental regeneration) بدلا من التعرية البيئية (degradation)[٢].

إطار ٦-٢: النساء المهاجرات من غرب أفريقيا إلى فرنسا

عاشت حواء ، وهى مهاجرة من مالى ، مع زوجها فى فرنسا لمدة ستة عشر عاما. وهى ليست سعيدة فى زواجها هذا ، كما ينتابها القلق بهذا الخصوص لدرجة أنها لا تستطيع النوم ليلا. فزوجها يعتدى عليها بالضرب ، ويخرج برفقة نساء أخريات ، ويتهمها بمحاولة منعه من الزواج بأخرى. وتوضح حواء أنه عند حدوث مثل هذه المواقف فى مالى ، فهناك أحد أفراد الأسرة ليتدخل ، أما فى فرنسا ، فلا أحد هناك ليقوم بهذه المهمة .

فيما بين عامى ١٩٨٠ و١٩٩٢ ، ازداد عدد النساء من غرب أفريقيا اللاتى هاجرن إلى فرنسا بنحو ٨٠٪. ولا تخلو إعادة التوطين هذه من المشاكل. وكما حدث لحواء ، كثيرا ما تزيل الهجرة فرصة مواجهة سلطة الأزواج والآباء ، مما يزيد من تبعية وعجز النساء. وفى الحين الذى تصل فيه نساء غرب أفريقيا إلى فرنسا بآمال عريضة ، بتوقعهن لأن يعشن حياة أفضل من تلك التى تركنها وراء ظهورهن ، فهن يجلبن معهن أيضا معتقدات وممارسات غرب أفريقيا ، والتى كثيرا ما تتعارض مع الأنظمة الثقافية والبنيوية الفرنسية. وقد يؤدى ذلك لتعرضهن للاضطرابات النفسية .

تعيش الزوجة الثانية فى أفريقيا ، على سبيل المثال ، فى منزل مستقل. أما فى فرنسا ، فكثيرا ما يجدن أنفسهن مضطرات للعيش مع الزوجة الأولى فى غرفة واحدة أو غرفتين. ويؤدى هذا الازدحام والافتقار إلى الخصوصية إلى مضاعفة الخلافات الموجودة أصلا ، مما يؤدى إلى الغيرة ، والعنف المنزلى ، والاكتئاب ، وغيره من الاضطرابات النفسية. وقد تم احتجاز امرأة سنغالية فى المستشفى لإصابتها بالقهم العصابى (فقد الشهية المرضى للطعام : anorexia nervosa) وقد أمكن عزو هذا الاضطراب فى النهاية لشعور المرأة بالغيرة الشديدة من ضرتها. وقد شفت المرأة (مؤقتا) عندما قام زوجها باستئجار شقة منفصلة لكل من زوجتيه. ولسوء الحظ ، لا يقدر أغلب المهاجرين من غرب أفريقيا على استئجار منزل منفصل لكل زوجة أثناء إقامتهم فى فرنسا ، وبذلك يصبح من الصعب الوصول لحل لهذا الموقف.

وبالنسبة لكثير من النساء من غرب أفريقيا ، يزداد الموقف سوءا نتيجة لجهلهن بقراءة وكتابة اللغة الفرنسية ، مما يجعلهن معتمدات بشكل كامل على أزواجهن ، الذين يمكنهم وقتها منعهن من مغادرة المنزل بحجة عدم تعريضهن لممارسات الحضارة الغربية. ونتيجة لاعتماديتهن وانعزالهن ، كثيرا ما تصاب أولئك النسوة بالاكتئاب .

وتزيد أوجه الاختلاف بين الأفكار الفرنسية وتلك غرب الأفريقية فيما يتعلق بتربية الأبناء ، من الضيق الذى تستشعره النسوة المهاجرات. وعلى سبيل المثال ، يعتبر العقاب البدنى من الممارسات المعتمدة والمقبولة لتربية الأطفال فى أغلب مجتمعات غرب أفريقيا ؛ أما فى فرنسا ، فذلك يساوى إساءة معاملة (إيذاء) الأطفال. عاشت امرأة عاجية فى باريس مع زوجها وطفليها. كانت هى الزوجة الثانية لزوجها الذى كان له طفلين آخرين فى ساحل العاج من زوجته الأولى. وعندما بلغا سن المراهقة ، قدم الولدان إلى فرنسا للعيش مع أبيهما. وقد تورطا فى عنف الشوارع والسرقة المحضة. وبعد أن سرقا عددا من السترات الجلدية ، قامت المرأة بضرب أحدهما فى محاولة منها لتأنيبه ، لكنه أبلغ الشرطة عنها. ونتيجة للشكوى ، أبعد عنها طفليها وابنى زوجها ليعيشوا فى إصلاحيات الأحداث. وتبعا للأعراف الفرنسية ، كانت المرأة مذنبة بإساءة معاملة أطفالها ، فى الحين الذى كانت تعتقد فيه أنها كانت أما جيدة .

وتختلف الثقافات الفرنسية وغرب الأفريقية أيضا وبشدة فيما يتعلق بختان الإناث (female circumcision) ، وهو من الممارسات الحيوية بالنسبة للهوية الاجتماعية للكثير من المجتمعات الأفريقية. أما فى فرنسا ، فتعتبر تلك الممارسة حاليا من الجرائم التى يعاقب عليها القانون : فقد تعرضت الأمهات اللاتى أخضعن بناتهن لعملية الختان ، وأولئك الذين يقومون بإجراء العملية ، للإدانة والسجن بعد إجراءات قضائية ضخمتها وسائل الإعلام كثيرا. ويقيد هذا الوضع نساء غرب أفريقيا وبناتهن : فإذا لم يقمن بالعملية ، فسيتعرضن لنبذ مواطنيهن ، أما إذا قمن بإجرائها ، فستتعرض الأم لخطر المحاكمة والسجن ، بينما تتعرض البنات للوصم من قبل الفرنسيين .

تعالج العديد من منظمات المهاجرين ، والتى تقدم خدماتها لمهاجرى غرب أفريقيا ، قضايا الهوية المتعددة الثقافات والصراعات العائلية. وتعد هذه المنظمات مصدرا للدعم ، كما توفر حلبة للمناقشة. وبالإضافة إلى ذلك ، فهى تحاول تعريف الجمهور بالقضايا المتعلقة بالصراعات الثقافية التى تواجهها نساء غرب أفريقيا. ونأمل أن زيادة الفهم ستؤدى ، بمرور الوقت، إلى إيجاد المزيد من الحلول الفعالة لمشكلات التهجير والاغتراب (٤).

مراحل تجربة اللاجئين : ما قبل الهرب

يمكن اعتبار التأثيرات النفسية – الاجتماعية للتهجير بطريقة مفيدة من خلال دراسة المراحل المحددة لتجربة اللجوء ذاتها (refugee experience) (انظر جدول ٦–١). وتشير مرحلة ما قبل الهرب (pre-flight period) إلى الفترة الزمنية التى تنتهى باتخاذ قرار اللجوء بحثا عن ملجأ آمن. أما مرحلة الهرب (period of flight) ، فهى تمثل تجربة الهجرة من مكان لآخر. وتشير مرحلة الاستقبال (reception phase) إلى تلك الفترة الزمنية (والتى قد تمتد إلى سنوات من الإقامة فى مخيمات اللاجئين أو ظروف مشابهة لها) التى تنقضى قبل أن يعود المرء إلى موطنه ، أو يستقر بصورة رسمية داخل الدولة التى لجأ إليها أولا ، أو يعاد توطينه فى موقع ثالث. وتمثل هذه الخيارات المرحلة النهائية لإعادة التوطين فى تجربة اللجوء .

يفر كثير من اللاجئين من أنماط العنف المذكورة فى الفصل السابق. وتترك الأوجه الجسدية ، والنفسية، والاجتماعية ، والاقتصادية للعنف آثارها على تجربة اللجوء. فعلى سبيل المثال ، فقد عانى اللاجئون الكمبوديون الذين عاشوا فى مخيمات اللاجئين على الحدود التايلاندية ، من مجموعة متنوعة من صنوف الأذى لمدة تزيد على العقد بعد انهيار نظام حكم الخمير الحمر (Khmer Rouge). وتلاحظ دراسة حديثة أن ما يزيد على ٨٠٪ من البالغين الذين تم استجوابهم أنهم كانوا فى صحة ضعيفة أو معتلة ، وأنهم أحسوا بالاكتئاب ، كما كان لديهم عدد من الشكاوى الجسدية برغم سهولة الوصول إلى الخدمات الطبية. وقد كان لدى ٥٥٪ منهم أحراز أعراضية (symptom scores) متوافقة مع المعايير الغربية للاكتئاب ، و١٥٪ بالنسبة لمتلازمة

الكرب التالى للصدمة (PTSD)[٥]. أما أكثر الأعراض شيوعا ، فقد كان ما يسمى هناك bebotchit ، ومعناها الحرفى :"حزن عميق داخل نفس المرء".

فى حين يعتبر العنف الجماعى واحدا من أهم أسباب التهجير ، لكنه ليس بالضرورة الأمر الوحيد الذى يُقلق اللاجئين. فهناك توتر بالفعل حول ما إن كان التركيز المبالغ فيه على التجارب المأساوية المنفردة سيشجع وجود منظور حاد التفرد ومفتقر للقرائن (decontxtualized) لتجربة اللجوء ذاتها. وعلى سبيل المثال ، فخلال الفترة التى تنتهى بالهرب ، تعانى الكثير من البيوت من صعوبات ناتجة عن توقف الأنشطة الجالبة للدخل أو عن نقص الطعام. وقد تكون هذه الصعوبات متعلقة بالعوامل الأكثر شيوعا من الملاحقة السياسية أو الصراعات المسلحة ، لكنها قد تعمل بمفردها كمثيرات كبرى تهدد عافية الفرد والعائلات. وقد درس أثيى (Athey) وأهيرن (Ahearn) احتمالية حدوث إعاقات معرفية وعاطفية فى الأطفال اللاجئين كنتيجة للحرمان الاقتصادى ، برغم أن التقرير الذى يستشهدان به – والمتعلق بالتعطل الجسدى والعقلى الذى تعرض له الأطفال الكوريون الذين أصيبوا بسوء التغذية إبان الحرب الكورية – يعد واحدا من الدراسات التجريبية (الخبرية) القليلة المتعلقة بهذا الموضوع[٦]. وقد أشارت دراسة مطولة شملت عينة احتمالية (probability sample) من لاجئى الهند الصينية فى الولايات المتحدة ،وتناولت العلاقة بين الأعراض المرضية الحالية والدوافع التى تم تقريرها للهجرة إلى الفرار من الظروف المعيشية القاسية (كالمجاعة ، والظروف الاقتصادية المتدنية، وعدم القدرة على الكسب ، إلخ .) كدالة مؤثرة على حدوث الضوائق النفسية[٧].

ويؤثر التمزق الاجتماعى بدوره ، مثل الصعوبات الاقتصادية، على الصحة العقلية لفترة ما قبل الهرب بالنسبة للاجئين بصورة مباشرة (بعملها كمصدر للضيق) وغير مباشرة (بتقليل مصادر الدعم التى قد تعمل لدرء تأثير الأحداث الخارجية المسببة للضيق). ويمكن للاهتمام بالتجربة المباشرة للملاحقة أو العنف أن يعمى الأبصار عن إدراك التأثيرات الهائلة التى يمكن لعوامل مثل تحديد إمكانية الانتقال وإغلاق المدارس

أن تفرضها على الصحة العقلية للمجتمع. ولم تتلق التأثيرات النفسية لمثل هذا التمزق فى المجتمع المدنى سوى القليل من الاهتمام التجريبى فى الوثائق المتعلقة باللاجئين ، على الرغم من وجود أدلة واضحة على تأثير الكوارث الطبيعية والتمزق الاجتماعى على الصحة العقلية. ويعد تمزق العائلات العامل الوحيد الذى تم تناوله بأى قدر من الحماس فيما يتعلق باللاجئين ، وحتى هنا فقد تم تناوله أساسا بصورة التأثيرات المباشرة للصراعات العسكرية[٨]. وقد لاحظ مكالين (McCallin) أن ٢٤٪ من أفراد عينة مكونة من ١٠٩ من اللاجئات الموزمبيقيات قد تم فصلهن عن أطفالهن قبل الهرب إلى زامبيا [٩]. وقد فقد ما يقرب من ٥٠٪ من لاجئى الهند الصينية الذين اختارهم رومبوت (Rumbaut) للدراسة فى عام ١٩٩١، أحد أفراد الأسرة فى الفترة التى سبقت الهرب مباشرة ، كما قرر ٢٠٪ منهم تعرض أحد أفراد الأسرة للحبس خلال نفس الفترة . وقد وجدت تلك الدراسة أن فقد أفراد الأسرة كان من الدالات المؤثرة على حدوث الضوائق النفسية فى بيئة إعادة التوطين .

الهرب والانفصال

يمثل الهرب من موطن المرء الأصلى واحدا من أحداث الحياة الرئيسية التى يحتمل أن تسبب ، حتى لو تمت بصورة آمنة وسريعة، الإصابة بالضوائق العاطفية والإدراكية الكبرى. وفى معرض دراسته لعينات من اللاجئين الكمبوديين الذين أعيد توطينهم فى أستراليا والولايات المتحدة ، وجد أيزنبروخ (Eisenbruch) أن الغضب الناتج عن انفصال المرء عن موطنه الأصلى يعد واحدا من أقوى الاستجابات وأكثرها انتشارا[١٠]. وبالنسبة لأولئك الذين تركوا وراءهم بعض أفراد الأسرة فى كمبوديا ، كان للانفصال تأثير ملموس للغاية. وحتى بالنسبة لأولئك الذين لم يعانوا من الانفصال العائلى ، فعادة ما كان الواحد منهم يقرر شعوره "بوجود عمل لم ينته بعد" فى كمبوديا ، ورغبته فى العودة إلى هناك. وقد دفعت قوة مثل هذه الاستجابات للانفصال عن المجتمع الأم للمرء ، إلى أن اقترح أيزنبروخ الاعتراف بظاهرة "الحداد الثقافى"

(cultural bereavement) كشرط تشخيصى منفصل ذى انتشار وتأثير واسعين داخل مجموعات اللاجئين[١١]. وكثيرا ما يُضاعف العبء العاطفى للهرب بالشعور بالخطر المحدق. وتتعرض النساء بصورة خاصة للاعتداء الجنسى أثناء ارتحالهن إلى ملجأ آمن. ومن المفهوم أن يشعر اللاجئون السياسيون بالخوف أو الشك من أى شخص قد يلتقونه خلال رحلتهم ، بما فيهم الموظفين الحكوميين.

جدول ٦-١ : الأبعاد الصحية للتهجير

مرحلة التهجير	مرسبات الضيق	التأثيرات الصحية	السياسات المقترحة
ما قبل الهرب	الأعواز البيئية	الجوع	توقع حركات اللجوء
	التعرية البيئية	سوء التغذية	والإعداد لها
	الظروف الاقتصادية المتدنية	الصدمات النفسية	زيادة الثقل السياسى
	نقص المواد الغذائية	الإعاقة الجسدية	للمجموعات الهامشية
	المجاعة والجفاف	الاكتئاب	إيجاد جماعات الدعم
	عدم القدرة على الكسب	القلق	للمحتمل تهجيرهم
	العنف	الخوف	
	الملاحقة السياسية		
	الاعتداء الجنسى		
	الاضطرابات الاجتماعية		
	فقد أفراد الأسرة		
الهروب والانفصال	الانفصال العائلى	الحزن	تطوير برامج أفضل للمساعدة
	الانفصال عن المجتمع الأم	الاكتئاب	تقديم الدعم الدولى للاجئين
	العنف	الخوف	الداخليين
	الاعتداء الجنسى	القلق	ضمان تقديم التعويضات العادلة
	انهيار سبل الدعم الاجتماعى	الصدمات النفسية	لمن أجبروا على الهجرة
اللجوء	تهديد العودة القسرية للوطن	سوء التغذية	تحسين ظروف المعيشة فى المخيمات
السياسى	ظروف معيشة قاسية	المرض	توفير أعمال يمكن التكسب منها
	البطالة	الشعور المكتسب بالعجز	توفير خدمات ملائمة للصحة
	نقص المواد الغذائية	الاكتئاب	وللصحة العقلية (بما فيها
	عدم كفاية الخدمات الصحية	اليأس	الارتباط بالمعالجين المحليين)
			ضمان تعليم الأطفال وسلامة النساء

إعادة التوطين	البطالة وشبه البطالة	الاكتئاب	المساعدة فى الحصول على حق اللجوء
	الانعزل الاجتماعى	القلق	توفير خيارات العمل والمسكن
	مشكلات التثاقف	الانتحار	تدعيم الروابط الاجتماعية والمجتمعية
	نقص الروابط الاجتماعية	تمرد المراهقين	توفير برامج الدعم والبرامج الشبابية
	التحيز	العنف	إيجاد جماعات الدعم القانونى
	الحواجز اللغوية	صـراع الأجـيـال بين أفـراد	توفير تدخلات العمل المجتمعى
	الصراع بين الاجيال	الأسرة	تطوير برامج المساعدة المشتركة
	التهميش ولعب دور الأقلية		تطوير برامجم لم شمل الأسر

يواجه اللاجئون الذين يصلون إلى بلد آخر ، عموما ، نوعا من إجراءات التسجيل. وقد يكون الحصول على الموقف الرسمى "كلاجئ" حيويا فيما يتعلق بتلقى المساعدات الغذائية وغيرها من سبل الدعم. وكثيرا ما تكون تجربة القادمين الجدد إلى مراكز الاستقبال ضربا من العذاب. وقد يمر اللاجئون بفترات عصيبة يشعرون خلالها بالخوف المبرر من إجبارهم على العودة إلى أوطانهم ليواجهوا هناك ويلات الحرب و/أو الملاحقة مرة أخرى. وخصوصا عند تدفق عدد كبير من اللاجئين ، تكون المعاملة لاإنسانية ومنذرة بالخطر ، وهنا قد يلعب اللاجئون دور الاعتمادية والعجز. ويتوجب على اللاجئين أيضا أن يواجهوا ضياع المكانة الاجتماعية الذى ينتج عن التهجير ، والبطالة، والاعتماد على الآخرين.

لا يقيم قسم كبير من اللاجئين فى جميع أنحاء العالم فى مخيمات اللاجئين عند وصولهم إلى بلدان اللجوء الأول (first asylum). وفى جميع أرجاء أفريقيا ، تستقر أعداد كبيرة من اللاجئين وسط المجموعات السكانية المحلية. ويبدو هذا النمط غالبا على وجه الخصوص حيثما وجدت أواصر القرابة الوثيقة بين مجموعة اللاجئين وبين السكان المحليين. ويبدو أن هناك مزايا مؤثرة للتوطين الذاتى (self-settlement) ، على الرغم من حقيقة أن أولئك اللاجئين سيتلقون قدرا أقل (أو لا يتلقون شيئا) من المساعدات التى تقدمها الهيئات الحكومية والمنظمات غير الحكومية ، كما أنهم يتعرضون فى بعض المواقف للخوف المبرر من اتخاذ السلطات بعض الإجراءات بحقهم

فيما يتعلق بوضعهم غير القانونى. وتمثل التعويضات فرصا أكبر للحصول على الدخل، وزيادة الألفة الاجتماعية، وشعورا أقوى بالانتماء والاستقلالية.

ومع ذلك، فبالنسبة لأغلب اللاجئين، تمثل حياة المخيمات فترة مطولة وعصيبة من الانتظار فى ظل بيئة قاسية وشاقة. وقد قامت دراسة أجراها بيسر (Beiser) وزملاؤه، بالعزل الجزئى لتأثيرات تجارب الحياة فى مخيمات اللاجئين بالمقارنة بين ثلاثة ظروف تتباين فى مدى صعوبة نظام المعيشة فيها[١٢]. وقد أدت الظروف العصيبة فى المخيمات إلى زيادة الأعراض الاكتئابية، برغم أن هذا التأثير كان مؤقتا: فقد انخفضت الفروق التى كانت موجودة بين أولئك الذين يعيشون فى مخيمات قاسية وبين أقرانهم الذين يعيشون فى مخيمات أقل قسوة عند إعادة توطين الجميع فى كندا. وقد ربطت حملة لمنظمة الصحة العالمية إلى الحدود التايلاندية -الكمبودية بين الزيادة الملاحظة فى معدلات محاولة الانتحار، والعنف المنزلى، وتبلد المشاعر، والشعور بالعجز، والاكتئاب، وبين ظروف الحياة فى المعسكر؛ فلا زال على سكان المخيمات أن يكتفوا بالقليل من الموارد، والاعتداءات العسكرية، والتعرض للقصف المدفعى [١٣]. وقد لاحظ عدد من الباحثين كيف تشبه ظروف المعيشة فى مخيمات اللاجئين ذلك النمط من "المؤسسة الكاملة" (total institution) الذى عرّفه جوفمان (Goffman) على أنه تشجيع للنزعات الفاشستية (authoritarianism) فى أولئك الذين يمتلكون السلطة، وبث روح الاعتمادية فى نفوس أولئك الذين لا يمتلكونها[١٤]. و يمكن لمخيمات اللاجئين، بنفس القدر الذى تيسر فيه الإحساس بنوع من العجز المكتسب بين اللاجئين، أن تزيد بصورة مؤثرة من معدلات الإصابة بالاكتئاب. وكما يلاحظ يارِج (Jareg) بصورة عامة، " يصبح المرء مدركا بالكارثة النفسية الحادثة: فتظل الغالبية صامتة، حتى الأطفال .... وترتدى أوجه الناس نظرة زائغة، بعيدة، أو مكروبة على الدوام. يجلس الناس بلا حراك، وهم يحملقون للأمام، أو يغطون وجوههم، كما لو كانوا يحاولون الاختباء داخل أنفسهم. ويبقى الأطفال قريبين من أمهاتهم وآبائهم بقدر المستطاع، فهم لا يلعبون. كما أنهم لا يبتسمون، ولا يقهقهون فى خجل، لكنهم ينظرون إليك بعيون واسعة، جادة، وقلقة"[١٥].

إعادة التوطين (Resettlement)

تشمل عملية إعادة التوطين فى أمريكا الشمالية ، وأوروبا، وأستراليا ، أقل من ٢٠٪ من مجموع اللاجئين فى العالم. ومع ذلك ، وباعتبار جداول الأعمال السياسية والاجتماعية للبلدان الصناعية المستقبلة للاجئين ، فقد تلقت هذه المجموعة اهتماما أكبر بصورة ملحوظة من غالبية اللاجئين المعاد توطينهم فى بقية مناطق العالم . وكثيرا ما يواجه اللاجئون الذين يعاد توطينهم فى أمريكا الشمالية ، وأوروبا ، وأستراليا مشكلات أكبر من تلك التى يواجهها من يبقون فى نفس منطقتهم الأم. ويتوجب على النوع الأول فى أغلب الأحيان أن يتكيف على مشكلات الاختلافات الثقافية ، والتثاقف (acculturation) ، والروابط الاجتماعية. وبصورة عامة ، يحصل اللاجئون على فرصة أكبر لأن يكونوا صحيحين من الناحية النفسية إذا احتفظوا بروابط اجتماعية ومجتمعية قوية ، مع إحساس بالهوية الثقافية .

ومن الواضح أن المعدلات والاستراتيجيات التفاضلية للتثاقف بين أفراد العائلات تخلق ضغوطا كبرى. فالأطفال عادة ما يتثاقفون أسرع من البالغين وذلك نتيجة للألفة الاجتماعية التى يكتسبونها فى المدرسة. أما النساء وكبار السن ، والذين يتعرضون بصورة أكبر للانعزال فى المنزل ، فكثيرا ما تتكيف سلوكياتهم وتوقعاتهم بصورة أكثر بطئا ، هذا إن تكيفت أصلا. ونتيجة لذلك ، فعادة ما تمثل الصراعات بين الأجيال ، ظاهرة من المحتمل أن تزيد بدلا من أن تقل بمرور الزمن منذ بداية عملية إعادة التوطين. وقد تظهر الصعوبات الحادة بعد مضى سنوات عديدة من الحياة فى الموطن الجديد ، بعد إزالة سبل الدعم الخاصة بزمن طويل. وقد تحدث الأزمات بصورة مفاجئة وخارج نطاق توقعات المجتمع المضيف ، كما حدث مع أحد الآباء من الهمونج(*) ، والذى شنق نفسه عندما ابتاع ابنه سيارة جديدة دون أن يحصل على موافقته مسبقا[١٧]. ويمكن لانعكاس الأدوار داخل الأسرة ، مثل قيام الأطفال بأدوار الكبار نتيجة لتمكنهم النسبى من اللغة وسبل التعامل فى الثقافة المضيفة ، أن تنتج عنه دينميات شديدة التدمير داخل نطاق الأسرة.

(*) (Hmong : مجموعة من الشعوب المتفرقة التى تعيش فى المناطق المرتفعة من جنوب الصين ، وشمال فيتنام، ولاوس ، وشمال تايلاند-المترجم) .

إطار ٦-٣: الصحة العقلية للمهجرين من الخمير على الحدود التايلاندية-الكمبودية

كيف يمكننا أن نتحدث عن الصحة العقلية عندما تفتقد الشروط الضرورية للتوازن العاطفى والنفسى لشعب بأسره؟

ينطبق هذا السؤال بصورة خاصة على المهجرين الكمبوديين الذين عاشوا على الحدود التايلاندية خلال الثمانينات وأوائل التسعينات من القرن العشرين ، فلم يتحمل أولئك اللاجئين الصدمات والحرمان فى ظل الخمير الحمر بين عامى ١٩٧٥و١٩٧٩ فحسب ؛ بل ووجدوا أنفسهم بعد ذلك فى موقف الخطر الجسدى ، وعدم الاستقرار السياسى والاجتماعى ، والشك ، وذلك عندما فروا من بلادهم إلى ما ظنوه ملجأ آمنا على الحدود التايلاندية -الكمبودية. وقد اجتمعت هذه العوامل ، بالإضافة إلى اغترابهم داخل مخيمات للاجئين داخل تايلاند نفسها ، لخلق موقف "طبيعى" من الشعور المستمر بعدم الأمان ، وفترات متقطعة من الرعب .

برغم أن المخيمات الحدودية وفرت للخمير بعض الحماية من حرب العصابات الدائرة حولهم ، إلا أنها مثلت مساحة سياسية واجتماعية معيبة سادت فيها مشاعر القلق ، والإحباط، والشك الجماعى العميق. وبعكس المخيمات الرسمية التى تشرف عليها المفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة (UNHCR) ، حيث تبقى مجموعات اللاجئين تحت حماية الأمم المتحدة ، كانت هذه المخيمات مكونة من المدنيين من الخمير المتحالفين مع فصائل المقاومة الكمبودية المتورطة فى حرب العصابات ضد حكومة بنوم بنه. وقد وافقت الحكومة التايلاندية على منح أولئك الخمير ملجأ مؤقتا عندما أجبروا على عبور الحدود نتيجة للقتال العنيف الذى دار عام ١٩٨٥، لكنها رفضت الاعتراف بهم كلاجئين رسميين يتمتعون بالحقوق التى تنص عليها اتفاقيات الأمم المتحدة للاجئين ، أو أن تمنحهم أى دعم مادى. وقد قدمت الدعم لهم واحدة من الهيئات المتخصصة للأمم المتحدة ، وغير المرتبطة بالمفوضية UNHCR ، حتى تم التوصل إلى تسوية للنزاع ، مما سمح للمهجرين الخمير بالعودة إلى بلادهم .

وحتى تم التوصل إلى اتفاق للسلام فى كمبوديا عام ١٩٩٢ ، ظل سكان مخيمات اللاجئين تحت السيطرة السياسية لقادة منظمة الخمير الحمر المعارضة ، والذين ظلوا ينفذون أهدافهم العسكرية من مناطق حدودية أخرى. وبذلك فقد مثلت مخيمات اللاجئين المدنيين قواعد هامة للدعم

الشعبى" بالنسبة لقادة حركة المقاومة ، والتى لم يكن لدى سكان المخيمات كثير من الخيارات فى أن يقوموا بتقديمه. وحتى فى أكثر تلك المخيمات "ديمقراطية" ، تم الاحتفاظ بالسلطة فى نهاية الأمر بالقوة ، أو بالخوف منها ، مما أثار روحا من العنف والإكراه.

عانت الأسر من التمزق خلال سنوات حكم بول بوت(*) ، وخلال رحلة الهرب إلى الحدود. وكان يتم توفير سبل الدعم الاجتماعى فى المخيمات الحدودية بما كان يتوفر لدى لاجئى الأمر الواقع هؤلاء : الأقارب المتبقين على قيد الحياة ، الجيران السابقين من قراهم الأصلية ، والغرباء الذين التقوا بهم خلال رحلة الهرب. لكن الروابط الأسرية والعلاقة الطويلة الأمد بين مقدمى الرعاية والعملاء (pa-tron-client relationship) تعرضت لتقويض شديد فى السنوات التالية لعام ١٩٧٥، كما كان من الصعب إعادة بناء تراكيب موثوقة للدعم الاجتماعى تحت الظروف المضطربة للحدود. كان الكتمان ، والشك ، والمعلومات المضللة هى الاستراتيجيات التى اعتمدها الناجون ، كما استمر تطبيق هذه الاستراتيجيات فى المخيمات ، حيث يلتقى الناس نمطيا مع غرباء عنهم لا تتوافر عنهم أية معلومات موثوقة. كانت الحاجات عظيمة والموارد محدودة للغاية. ولم يكن لدى الناس من خيار سوى قصر دائرة اهتمامهم على عدد قليل من الأشخاص الذين يحتفظون معهم بأوثق العلاقات وأطولها أمدا .

فى وجود القليل من سبل دعم العلاقات التبادلية والاحترام ، والكثير مما يشجع الاهتمام بالمصالح الفردية ، كثيرا ما تفشل حتى أفضل جهود الاحتفاظ بعلاقات اجتماعية "لائقة" ، ومن ثم تسقط على جانبى الحدود. وفى ظروف المعيشة فى المناطق السكنية المزدحمة ، والتقوت على المخصصات الغذائية المصممة للاستخدام فى حالات الطوارئ وليس للإعاشة الطويلة الأمد، مع أعواز مزمنة فى الوقود والمياه النقية مما يجعل الصرف الصحى اللائق مستحيلا ، تزداد حدة التوتر ، وكثيرا ما تتفجر المناوشات البسيطة إلى صراعات عنيفة. ولم يكن من غير المألوف أن تنتهى مشادة بين الجيران بإلقاء أحد الطرفين لقنبلة يدوية على منزل الآخر .

فى الموقع الثانى (Site II) ، وهو أكبر المخيمات الحدودية الستة (ويضم نحو ١٩٥.٠٠٠ نسمة يعيشون داخل مساحة لا تتعدى سبعة كيلومترات مربعة) ، كان هناك برنامج يديره الخمير ويسمى مركز إغاثة الاكتئاب لشعب الخمير (KPDR) ، يقوم بتقديم المساعدة للكثير من الناس الذين انهاروا تحت وطأة الحياة فى المخيم. وفى حين كانت الحالات الخطيرة تحول للعلاج فى خارج المخيم ،

(*) (Pol Pot) : قائد سياسى كمبودى ولد عام ١٩٢٨، أسس حركة الخمير الحمر الشيوعية المعارضة عام ١٩٦٣، استولى على السلطة عام ١٩٧٥ حيث شغل منصب رئيس الوزراء لنحو ثلاث سنوات قبل أن يخلعه الفيتناميون الذين غزوا بلاده عام ١٩٧٩ ، وخلال عهده قتل ما يناهز أربعة ملايين نسمة من مواطنيه -المترجم).

كان المركز KPDR يعالج الكثير من ضحايا محاولة الانتحار ، والأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الحاد أو المزمن، والأشخاص الذين يحتاجون للحماية من المواقف العائلية التي تتسم بإساءة المعاملة .

كان المركز يقدم خدمات المشورة ، والعلاجات العشبية ، والتدليك ، وخدمات الضيافة. وباعتبار أن أزمات المرضى الذين يترددون على المركز كانت ناتجة في الغالب عن الظروف المعيشية البالغة الصعوبة ، فقد اشتمل العلاج في جميع الحالات على محاولة لتحسين الظروف التي يعيش فيها المريض أيضا. لكن هذه الظروف كثيرا ما تكون متعلقة بحياة المخيم ذاتها ، كما كانت كثيرا ما تُضاعف بتاريخ مرضي طويل للصدمات النفسية .

وعلى سبيل المثال ، حاولت فتاة في الرابعة عشرة من عمرها شنق نفسها نتيجة لتعرضها للضرب العلني من والدتها عقابا لها على تجاهلها لموعد حظر التجول وخروجها للتجول بمفردها بعد الثامنة مساء. كانت الأم غاضبة للغاية : فقد كان للسير وحيدة بعد الثامنة مساء داخل المخيم عواقب وخيمة لم تكن الفتاة مدركة لها على ما يبدو عندما عصت أمر والدتها. قال رئيس المركز KPDR ، والذي تم تحويل الفتاة إليه بعد محاولتها الانتحار :"يجب علينا توخي الحذر في هذا المخيم ، فعلينا عدم الخروج بعد الثامنة ليلا ، وخصوصا بالنسبة للإناث. ولا يتجول بعد الثامنة سوى الجنود ، والعاهرات. وسواء حدث لك شئ أم لا ، فسيظن بك الناس الظنون ".

تحدث المدير عن الفتاة قائلا:" لقد تحدثنا إليها ، وأوضحنا لها لماذا يتوجب عليها ألا تخرج للتجول بعد الثامنة مساء. وأوضحنا لوالدتها أن ابنتها لم تقصد أن تكون سيئة وأنها يجب ألا تتعرض للضرب. لكن الأمهات في الموقع الثاني يخشين على بناتهن. وقد كان من المهم على الدوام بالنسبة للشابات أن يحتفظن بسمعة طيبة إذا أردن الحصول على زوج جيد. لكنه في الموقع الثاني يصعب الحفاظ على الانطباع الذي يوحي بوجود سمعة طيبة ، نظرا لوجود العديد من المواقف المحفوفة بالخطر التي لا يمكننا اجتنابها. ففي كمبوديا ، لا يفكر أي رجل في مبادرة امرأة بالكلام ؛ فهو يخاف من العواقب. أما هنا، فقد لا تكون هناك عواقب على الإطلاق".

يمكن تنفيذ عدد من التغييرات الصغيرة والواقعية لتحسين المواقف المنفردة ، وهذا ما ركز عليه المركز KPDR، بالإضافة إلى تقديم الرعاية العلاجية. ومع ذلك ، فتحت الظروف الحالية للمخيم ، لم يكن هناك من سبيل لتخفيف حدة الظروف المستبطنة من عدم الشعور بالأمان ، والإحساس بالخوف ، والتي ضاعفت من ضوائق هذه المجموعة السكانية المكروبة بالفعل. وعلى الرغم من وجود أسباب ملحة لإقامة هذه المخيمات في المقام الأول ، فقد أدى التهجير الطويل الأمد إلى هذه البيئة التي تتسم بعدم الأمان إلى مضاعفة الصعوبات العاطفية والنفسية للناجين الخمير من بطش نظام بول بوت(١٦).

وتلعب المدارس ، والتى تعد من العوامل الكبرى لتأقلم شباب اللاجئين على قيم المجتمع المضيف ، دورا محوريا فى مراقبة النزاعات المحتملة داخل الأسر كنتيجة لهذا التثاقف .

يمكن لصعوبات الحصول على وظيفة لائقة أن توفر مثيرا طويل الأجل إضافيا. فبدون عمل ، تصبح الضغوط المادية والشخصية هائلة ، بينما يتعرض من ينجحون فى الحصول على عمل ، نمطيا، لانخفاض لا يستهان به فى مستوى العمل الذى يقوم به (downward mobility) ، مع ما ينتج عن ذلك من تهديدات لاحترام الذات ، إضافة إلى مستوى المعيشة .

سبل الدعم الاجتماعى

فى حين أنه من الواضح أن اللاجئين يتعرضون لخطر الضوائق النفسية ، يمكن لعدد من العوامل الشخصية والاجتماعية تعديل (modulate) هذه الأخطار. وقد وجد فرويد(Freud)وبرلينجهام (Burlingham) أن الأطفال الذين تعرضوا للقصف المدفعى فى لندن (إبان الحرب العالمية الثانية) كانوا يظلون طبيعيين بصورة عامة إذا ما بقوا فى رعاية أمهاتهم (أو بديل مألوف عنها)[١٨]. ويؤكد ذلك على أهمية المحافظة على العادات الروتينية اليومية فى تحقيق التكيف ويمثل الاحتمال المتزايد للتشكل الإيجابى لسلوك التكيف (coping behavior) داخل العائلات المتماسكة عاملا حيويا أخر. وقد لخص ريسلر (Ressler) وزملاؤه عددا من الدراسات المتعلقة بالأطفال الذين تأثروا بالحرب ، وخلصوا إلى استنتاج مؤكد بخطأ برامج الإخلاء المنظمة ، والتى تفصل متعمدة الأطفال عن أسرهم بحجة حمايتهم من الأضرار النفسية أو الجسدية المحتملة[١٩]. ولا تنطبق فائدة الأسرة المتماسكة "كدارئ" (buffer) للضغوط النفسية ، على الأطفال وحدهم. فقد وجد مكالن (McCallen) وفوزارد (Fozzard) أن اللاجئات الموزمبيقيات اللائى يعشن فى عائلات ممتدة يظهرن قدرا أفضل بصورة ملحوظة من التكيف النفسى عن غيرهن[٢٠].

وتميل الروابط الاجتماعية خارج نطاق العائلة بدورها للتقليل من حدة تأثير المثيرات النفسية. وقد وجد شيسانا (Shisana) وتشيلينتانو (Celentano) أن سبل الدعم الاجتماعى تعمل كعامل للوقاية يقلل من تأثير الضغوط النفسية على الاكتئاب فى اللاجئين الناميبيين[٢١]. وقد قرر مكالِن وفوزارد أن العوامل مثل وجود أصدقاء يسكنون بالجوار تعمل كمصدر للدعم ينبئ بقدر أفضل من التكيف النفسى فى اللاجئين الموزمبيقين[٢٢]. وقد وجد مكسبادن (McSpadden) أن العافية النفسية للاجئين الإريتريين الذين أعيد توطينهم فى الولايات المتحدة كانت أفضل بين أولئك الذين ساعدهم المتطوعون (volunteer-assisted) ، عنها فى أقرانهم الذين أعيد توطينهم من خلال الوكالات الحكومية الرسمية ؛ وقد عزى معظم هذا الاختلاف إلى الشبكات الاجتماعية العريضة التى يتم ترسيخها عند اعتماد الاستراتيجية الأولى[٢٣]. وعموما ، فمن المنطقى أن نفترض أن سبل الدعم الاجتماعى ، من خلال تحسين الشعور بالهوية والانتماء، تعمل على الوقاية من ضغوط التكيف الاجتماعى – الثقافى بصورة أقوى مما تفعل فى مواجهة تأثيرات الصدمات النفسية والحرمان[٢٤].

وقد اكتسب الافتراض الشائع بأن الانتماء الدينى يمكن أن يعمل كعامل وقائى فيما يتعلق بالمثيرات التى يتعرض لها اللاجئون ، بعض الدعم التجريبى (الخبرى) [٢٥]. وفى حين يمكن النظر إلى هذا الانتماء كمصدر آخر للدعم الاجتماعى ، ربما كان تأثيره الأساسى متعلقا بتقديم نمط من الأيديولوجية التى تبنى عليها آليات التكيف النفسى. واستنادا إلى دراسة أنثروبولوجية أجريت على اللاجئين الذين يعيشون على الحدود التايلاندية – الكمبودية ، لاحظ رينيل (Reynell) أن الأشخاص الذين يثقون بالأمير سيهانوك (Sihanouk) وبحركة المقاومة ، يبدو أنهم أكثر عافية من أولئك الذين لا يثقون بهما[٢٦]. وقد لاحظت بوناماكى (Punamaki)، فيما يتعلق بعملها فى المناطق المحتلة فى فلسطين ، وجود أدلة على أن "العمليات النفسية للشفاء .... تستمد قوتها من الالتزام السياسى والأيديولوجى"[٢٧]. وقد قرر الشباب الكمبوديون الذين أعيد توطينهم فى الولايات المتحدة وفى أستراليا ، أن المعتقدات والطقوس الدينية التقليدية كانت تمثل بالنسبة لهم مصادر قوية لمواجهة الذكريات المؤلمة للماضى[٢٨]. وقد وجد كنعانى (Kanaaneh) ونيتلاند (Netland) ارتباطا عكسيا بين أعراض القلق والانطواء ، وبين مدى إظهار الأفراد لهويتهم القومية[٢٩].

الصحة السلوكية (Behavioral Health)

قد تكون مجموعات اللاجئين معرضة بصورة خاصة لأن يصاب أفرادها بالمشكلات الصحية السلوكية مثل إدمان الكحول والمخدرات ، والانحراف. ويميل البالغون من الذكور ، تحت ظروف المخيمات ، لاعتبار الكحول أو المخدرات سبلا مؤقتة للهرب من المعاناة الشخصية ، والملل. ويمكن لفقدان الدور المنتج ، والذى يفرض نمطيا على الرجال تحت ظروف مخيمات اللاجئين ، أن يخلق كلا من الحافز ، والفرصة لإتيان مثل هذه الأفعال. وقد لاحظ رينيل أيضا وجود معدلات مرتفعة لاستهلاك الكحول بين النساء الكمبوديات اللاتى اتخذ أزواجهن لأنفسهم خليلات داخل مخيم اللاجئين نفسه ، مما يجعلهن معرضات لكل من الفقر المدقع والامتهان الاجتماعى[٣٠].

وتزداد الأدلة على أن اللاجئين من المراهقين الذكور يتعرضون، تحت ظروف إعادة التوطين ، للانخراط فى السلوكيات المعادية للمجتمع ، ولإدمان المخدرات ويلاحظ كنزى (Kinzie)وساك (Sack) ، على سبيل المثال، من خلال عملهما مع اللاجئين الكمبوديين المراهقين الذين أعيد توطينهم فى ولاية أوريجون الأمريكية ، وجود ميل متزايد بين هؤلاء اللاجئين للانخراط فى مثل هذه الأنشطة بعد استقرارهم فى الولايات المتحدة لفترة طويلة[٣١]. وقد لاحظ الباحثان أن أولئك الأشخاص قد تعرضوا ، نمطيا، لشعور عميق بالتمزق فى علاقات الارتباط المبكرة بمقدمى الرعاية إبان فترة حكم بول بوت. وبرغم الاستقرار الذى تلى استيطانهم للولايات المتحدة ، فمن المعتقد أن افتقاد الشعور بالأمان والقيود التكيفية (adaptive restraint) خلال تلك المرحلة الحيوية من حياتهم ، قد دفع أولئك الأفراد لانتهاج السلوكيات المعادية للمجتمع. وقد درس وسترماير (Westermeyer) تلك الصعوبات التى عادة ما يواجهها اللاجئون المراهقون فى تحديد مثل أعلى ملائم فيما يتعلق بالسلوكيات اللائقة المتوافقة مع المجتمع[٣٢]. ويواجه المراهقون الذين يعاد توطينهم بمعزل عن الأقران من نفس العِرق ، وأولئك الذين يستقرون فى مناطق ذات معدلات مرتفعة لانحراف الشباب ، تحديات كبرى فى تحديد أنماط السلوك المقبول بالنسبة لكل من عائلاتهم وللمجتمع ككل .

وإلى الحد الذى يعتبر فيه تعاطى المخدرات من السمات المألوفة للسلوك الشبابى ضمن إطار مجتمع بعينه ، يمكن أن يصبح إدمان اللاجئين المراهقين للمخدرات من

المكونات المألوفة لعملية التثاقف. ومع ذلك ، يشير وستمرماير إلى أن معدلات إدمان المخدرات بين اللاجئين الذين أعيد توطينهم فى الولايات المتحدة قد بلغت حدا يشير إلى وجود صعوبات تكيفية خاصة بالنسبة لتلك المجموعة السكانية. وقد يكون الشباب معرضين بصورة خاصة لإدمان المخدرات وللتورط فى العمل فى ترويج المخدرات إذا كان دورهم الاجتماعى ضمن ثقافة بلد إعادة التوطين قد تم تقليصه بفعل العزلة الاجتماعية ، وعدم الحصول على شهادات أكاديمية لائقة ، و/أو البطالة. ويدعم هذا التحديد الاجتماعى (social determination) بالأبحاث التى توصلت إلى تدنى معدلات تفشى مثل هذه السلوكيات ، بصورة عامة ، بين اللاجئين الذين أعيد توطينهم للتو[٣٣].

فى حين يعتبر إدمان الكحول والمخدرات من بين هموم شباب اللاجئين ، تشير الانطباعات الإكلينيكية ، إذا لم نقل البيانات الجامدة ، إلى أن ذلك قد يمثل قضية كبرى بالنسبة للبالغين من اللاجئين فى بلدان إعادة التوطين. ويفترض وسترماير أن زيادة معدلات إدمان الكحول والأفيون بين لاجئى جنوب شرقى آسيا فى الولايات المتحدة قد كانت من بين العوامل المساهمة الرئيسية فى انقلاب معدلات إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم فى مجتمعات اللاجئين[٣٤].

العلاج

تفرق الخدمات النفسانية بصورة عامة بين الوقاية والعلاج فيما يتعلق بما إن كان العملاء يعتبرون معرضين لخطر الإصابة باضطراب معين ، أو أنهم يعانون منه بالفعل. وضمن مجال الصحة العقلية للاجئين ، كثيرا ما يؤدى هذا التفريق الدقيق لوقوع بعض المشكلات. ففى البرامج الحقلية (fieldwork programs) الموجهة لمجموعات سكانية بعينها ، مثل أطفال اللاجئين الذين مزقت الحرف نفوسهم ، تشمل الأهداف ومجال تقديم الرعاية ، نمطيا، كلا من الأنشطة الوقائية والعلاجية.

فى حين لا يكون العلاج الفردى من بين الخيارات المتاحة للغالبية العظمى من اللاجئين فى العالم ، تبقى المقاربات العلاجية المستخدمة مع الأفراد المعاد توطينهم فى أوروبا وأمريكا الشمالية قادرة على تحديد عمليات المعالجة التى يمكن تطبيقها والتركيز

عليها ضمن برامج المعونة ذات التوجه الاجتماعى. ومع ذلك، فهناك إجماع شبه واضح فيما يتعلق بفعالية استراتيجيات علاجية معينة. وعلى سبيل المثال ، فقد تم التشكيك فى ملاءمة تنفيس المشاعر والأفكار المتعلقة بالتجارب المأساوية – والذى يعد من الركائز الأساسية للمقاربات العلاجية الراسخة للصدمات النفسية – فى الدراسات المتعلقة باللاجئين[٣٥]. فقد تصطدم هذه الاستراتيجية مع المعتقدات والممارسات الثقافية للفرد (عادة ما يصف اللاجئون الموزمبيقيون النسيان على أنه وسيلتهم الطبيعية للتكيف مع صعوبات الماضى). وبالإضافة إلى ذلك ، فهناك أدلة على أن مثل هذه المناقشة للماضى قد تؤدى ، بعد التعرض للصدمات العنيفة ، إلى تفاقم الأعراض المرضية بدلا من تخفيفها[٣٦]. وتستشهد بوناماكى بأم فلسطينية قالت :"إذا جلست وبدأت التفكير بما يجول فى خاطرى ، فسأنهار.... أما أنتم أيها الأوروبيون ، فأنتم تستمتعون برفاهية تحليل مشاعركم .أما نحن ، فعلينا ببساطة أن نتحمل"[٣٧]. وقد يجد البعض أنه من غير الحكمة ، من المنظور السياسى، أن يتحدثوا عن مشاكلهم علنا .

ومع ذلك ، تبقى تجربة الصدمة من المكونات الرئيسية للعلاج الدينمى-النفسى (psychodynamic) لضحايا التعذيب الذين درسهم بوستوس (Bustos)[٣٨]. وينصح سيلوف (Silove) بأن المهمة العلاجية الرئيسية تنحصر فى "مساعدة المريض على تجزئ مكونات التجربة المأساوية ومراجعتها فى جرعات محتملة " ، مشيرا إلى وسيلة لتيسير حدوث درجة من التنفيس بدون إرهاق مشاعر الفرد كثيرا[٣٩]. ومن الواضح أن ذلك يستلزم وجود حساسية إكلينيكية عالية. فتيسير الفهم الذاتى بهذه الصورة ليس مجرد هدف للمزيد من المعالجات الدينمية -النفسية. وكثيرا ما تشمل المعالجات السلوكية للصدمة قدرا من التعريض المحكوم لذكريات الأحداث المأسوية ، كما تيسر المعالجات الإدراكية إيجاد مفاهيم متكاملة للظروف الحياتية للمرء[٤٠].

فى حين يتعرض جميع اللاجئين لخطر واضح لاعتلال صحتهم العقلية ، فقد تم تحديد ثلاث مجموعات لكونها معرضة للخطر بصورة خاصة ؛ وهى النساء ، والأطفال ، وكبار السن. وترتبط الحاجات الخاصة للنسوة اللاجئات ، عموما ، بافتقارهن للقوة فى علاقتهن بالرجال : فالنساء معرضات لخطر أكبر للتعرض لأنماط معينة من العنف مثل الاغتصاب ، ولصعوبة وصولهن لمصادر المعونة فى المخيمات والمواقف المتعلقة بها ، كما

أنهن أكثر احتمالا لأن يظللن معتمدات على الآخرين ومنعزلات بعد إعادة التوطين. وتتعلق الحاجات الخاصة للأطفال اللاجئين ، بصورة أساسية، بالمثيرات التى يتعرضون لتأثيراتها خلال المرحلة الرئيسية لتطورهم العاطفى، مما يعيق عملية التكيف النفسى على المدى الطويل. ويعد الأطفال الذين لا يرافقهم أحد أفراد الأسرة ، من المجموعات المعرضة للخطر على وجه الخصوص ، والذين يمكن أن تلعب بالنسبة لهم برامج التبنى وإعادة لم شمل الأسرة دورا وقائيا حيويا .

وقد تم تناول حاجات كبار السن من اللاجئين بحماس أقل بكثير من غيرهم. فقد تترك حركات الهجرة الجماعية كبار السن وراءها ، كما أنهم ينفصلون بسهولة عن بقية أفراد الأسرة الأكثر قدرة على الحركة ، كما ينتهى الحال بهم كثيرا للعيش فى ظروف سكنية غير ملائمة ، كما يتلقون قدرا أقل من الطعام والمخصصات الأخرى فى مخيمات اللاجئين[٤١]. وقد وجد جودفرى (Godfrey) وكالاش (Kalache) أن كبار السن الذين تسببت الحرب الأهلية السودانية فى تهجيرهم يتعرضون لتهديد فقد المكانة الاجتماعية ، والإعاقة الجسدية ، ونقص القدرة على النشاط المنتج[٤٢]. وبالنسبة للاجئين عموما ، تم تحديد العمر كأحد عوامل الخطر للتعرض للاضطرابات النفسية ، وخصوصا الاكتئاب. ويعد فقد الدور المنتج من الأهمية بمكان ، وكذلك التوترات المتزايدة التى قد تنشأ داخل الأسرة بمرور الزمن كنتيجة للمعدلات المتباينة لتثاقف أفرادها .

المقاربات المجتمعية (Community Approaches)

برغم أن لمجموعات اللاجئين المحددة حاجات خاصة ، فقد يكون تطوير برامج خاصة موجهة لكل مجموعة على حدة استراتيجية أقل فاعلية من المقاربة الأوسع ذات التركيز المجتمعى ، والتى تهدف لتيسير آليات الدعم الاجتماعى والتكامل المجتمعى. وقد تم تنفيذ التدخلات المتعلقة بالعمل المجتمعى فى أغلب الأحيان على مجموعات اللاجئين الذين أعيد توطينهم فى بلدان أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية ، كما ازداد اعتمادها من قبل البرامج المطبقة فى بلدان اللجوء الأول. وتشمل تلك ، نمطيا، مزيجا من الأنشطة الوقائية والعلاجية ، والتى عادة ما تضم ثلاثة مكونات رئيسية :(أ) تيسير

اتصال أفراد المجموعة ببعضهم البعض ، ومناقشاتهم ، وتبادلهم للخبرات، (ب) المساعدة العملية للاجئين في مجالات رعاية الأطفال وزيادة الدخل ، و(ج) تقديم المساعدة الفردية المركزة (عادة عن طريق التحويل لأماكن أخرى) للمحتاجين. ويمكن أن تساعد النقاشات الجماعية في تطوير تقرير مشترك لتجربة اللاجئين ، على الرغم من أن التصريح الشامل بالأسرار الشخصية قد يمثل تهديدا حادا بالنسبة للاجئين الذين لا تشجع ثقافاتهم الأصلية على الحديث العلني عن المشاكل والمشاعر الشخصية. وحتى عندما لا تكون المشاركة العلنية للتجارب من بين السمات الرئيسية للبرنامج ، فمن المرجح أن تستفيد تلك المجموعات على مستوى زيادة الألفة الاجتماعية وتوفير بيئة داعمة لأفرادها .

ازداد حاليا إقبال العاملين في مجال الصحة العقلية للاجئين ، مع إدراكهم للأهمية الثقافية للممارسات العلاجية التقليدية ، على التعاون مع المعالجين المحليين في عملهم. وفي حين تستحق هذه الحساسية الثقافية الإطراء، لا تخلو عملية التوفيق بين المقاربات الطبية البيولوجية وتلك "التقليدية" المتعلقة بالصحة من بعض الصعوبات المفاهيمية. وكثيرا ما تتم العملية "بقراءة" رمزية للممارسات التقليدية (بملاحظة دورها الاجتماعي داخل المجتمعات التقليدية) ، في الوقت الذي يتم الاحتفاظ فيه برؤية لا قرينية تماما (decontextualized) للعلوم الطبية - البيولوجية (بعدم الاعتراف بدورها الاجتماعي في المجتمعات الغربية). وباعتبار المصادر المحتملة للطب التقليدي كوسيلة لمساعدة اللاجئين على التكيف النفسي ، من المهم ترسيخ إطار أكثر تماسكا من الناحية المفاهيمية للتعاون مع المعالجين التقليديين .

تلقت المعالجة الدوائية لاعتلال الصحة العقلية في اللاجئين قليلا من الاهتمام في الوثائق الطبية ، برغم أن بعض الأطباء الممارسين دعموا استخدام العقاقير ضمن تدخلات نفسية -اجتماعية أوسع. وقد اعترف مرجع متعلق بالصحة العقلية للاجئين ، صدر حديثا عن كل من منظمة الصحة العالمية والمفوضية العليا للاجئين ، بفائدة العقاقير العلاجية تحت ظروف محددة[٤٣].

اللاجئون الداخليون (Internal Refugees)

تم التفكير حتى الآن فى رعاية ورفاهية اللاجئين الرسميين أكثر مما تم التفكير فى أولئك الملايين من اللاجئين الداخليين فى جميع أنحاء العالم. وقد تبعت جداول الأعمال البحثية جداول الأعمال السياسية فى تركيزها على الاهتمامات الدولية وليس الوطنية. ومع ذلك ، يتعرض أولئك الأشخاص ، الذين يتلقون القليل من الدعم - إن وجد - من الأمم المتحدة ، فى بعض الأحيان لظروف أكثر قسوة من تلك التى يتعرض لها اللاجئون الذين يغادرون بلدانهم بحثا عن ملجأ لهم فى غيرها من البلدان. وكثيرا ما ترتبط الأخطار التى تهدد العافية بالعوامل السياسية. فقد تتسبب السياسات الحكومية ، من مشاريع إعادة التوطين لإعادة تشكيل البيئة (كما يحدث عند بناء السدود الضخمة) ، فى تهجير مجتمعات وأمم بأسرها من أوطانها. ولا يمتلك أولئك المهجرون ، نمطيا ، كثيرا من القوة أو السلطة فى الحكومات الإقليمية أو الوطنية ، كما أنهم لا يُسألون كثيرا عن رأيهم عند اتخاذ القرارات التى تجبرهم على التخلى عن بيوتهم ، ويتعرضون لخطر تلقى القليل من التعويض مقابل الصعوبات الناتجة عن تهجيرهم من ديارهم. ومن المألوف تماما ألا يتلقوا أى دعم قانونى أو رعاية صحية .

ولابد من بذل الجهود فى كل من الأوجه البحثية والسياسات المتعلقة بهذه المشكلة. يحتاج المجتمع العلمى العالمى لمعرفة المزيد عن العواقب الصحية للتهجير القسرى للسكان ، وعن العوامل الملطفة المحتملة فى عملية التهجير ، والقوى الاجتماعية والسياسية المؤدية للتهجير. ويجب على الحكومات الوطنية والهيئات الدولية أن تطور بدورها عددا أقل من السياسات الجامدة الموجهة ضد المهجرين من ديارهم. ويجب أن تضمن هذه السياسات، على الأقل، دفع التعويضات العادلة ، وتوفير الخدمات الصحية خلال جهود إعادة التوطين وبعدها ، والمحافظة على حقوق الإنسان للمجموعات السكانية للمهجرين ، بصورة قانونية محددة. ونتيجة لذلك، يجب أن تمكن هذه السياسات المجموعات المهددة بالتهجير من أراضيها من اتخاذ موقف شرعى فى عملية اتخاذ القرار.

الحاجات البحثية (Research Needs)

فى حين شهدت السنوات القليلة الماضية وفرة فى الوثائق المتعلقة بالصحة العقلية للاجئين ، يبقى التحليل المفاهيمى لقضايا الصحة العقلية التى تقدمه هذه الوثائق حاليا ، أساسيا وعموميا فى طبيعته. وقد رسخت الأبحاث عددا من العوامل التى تتنبأ بالصعوبات المتعلقة بالتكيف النفسى ، أو التى تعمل على التقليل من تلك الصعوبات ، لكن الطرق المعقدة التى يمكن أن تعمل بها هذه المؤثرات تبقى غير مفهومة بصورة كاملة. ولتيسير مثل هذه المفاهيم ، هناك حاجة للمزيد من الأبحاث التجريبية (الخبرية). ومن أجل تحقيق هذه الغاية ، طرح جابلينسكى (Jablensky) وزملاؤه "جدول أعمال بحثيا تجريبيا" (tentative research agenda) للقضايا الصحية للاجئين ذات العلاقة بالدراسات الخاصة بالسياسات ، والقضايا المنهجية ، والقضايا الأخلاقية فى مجال الرعاية باللاجئين وتقديم هذه الرعاية[٤٤].

فى حين يوجد اعتراف واسع بتأثير تجارب ما قبل الهرب على الوضع التالى للصحة العقلية ، إلا إن الدراسات التى تتناول تلك المرحلة من تجربة اللاجئين تظل محدودة للغاية. وفى حين أنه من الجلى وجود معوقات عملية كبرى أمام إجراء مثل هذه الدراسات داخل الدول التى تنتمى إليها الحركات الكبرى لهجرة اللاجئين ، أظهرت الدراسات الحديثة التى أجريت داخل موزمبيق ، والتى توثق للعوامل الاجتماعية والسياسية المحددة لسلوك اللاجئين خلال فترة الحرب الأهلية هناك ، القوة التفسيرية المحتملة لمثل هذه الدراسات الحقلية[٤٥]. ويتسم التحليل الاستعادى (retrospective) لتجربة ما قبل الهرب بكونه أقل قوة،لكنه قد يوفر بعض التبصرات المفيدة.

إطار ٦-٤: العمال المهاجرون والرعاية الصحية

قال أحد العمال الزراعيين لعالم الأنثروبولوجيا ليو شافيز (Chavez) : "فى وقت ما ، كنت أعمل بكل جد ، فقد كان علينا أن نرفع بعض المعدات الثقيلة ، وكنت أريد أن أرضى رئيسى ، فجذبت بشدة لدرجة أن ظهرى أصيب. ولم أكد أقوى على الحركة لمدة يومين

تقريبا. وبعد ذلك ، اصطحبنى رئيسى فى سيارة النقل المملوكة له ، فظننت أنه سيأخذنى إلى عيادة الطبيب. لكن تخيل دهشتى عندما وصلنا إلى الحدود ، وإذا به يطلب منى أن أخرج من السيارة وأن أعود أدراجى إلى المكسيك ، وإلا أبلغ عنى دورية حرس الحدود"(٤٧).

وعلى الرغم من قوانين الهجرة الصارمة ، فقد أسهمت "الشروط الخاصة" فى القانون ، والحاجة للعمالة الموسمية ، فى جعل العمال المهاجرين كجزء لا يتجزأ من قوة العمل الأمريكية. وتتراوح التقديرات الخاصة بعدد العمال المهاجرين غير المسجلين فى الولايات المتحدة بين ٢,٥ وستة ملايين ، يأتى نحو نصفهم من المكسيك. وكثيرا ما يعانى أولئك العمال من مشاعر الاغتراب نتيجة لاختلاف اللغة ، وفقد الأسرة وغيرها من أنظمة الدعم الاجتماعى ، والتأثيرات المُربكة لمحاولة التكيف على ثقافة جديدة ، والإبقاء على المعتقدات الصحية التى تختلف بصورة كبيرة عن الممارسة الأمريكية. وينتاب العمال غير المسجلين خوف من الإبعاد (الترحيل) والشك فى موقفهم القانونى ، ولذلك فهم يلجأون لمؤسسات الرعاية الصحية كملاذ أخير فقط ؛ فهم يعتمدون نمطيا على العلاجات التقليدية ، أو أنهم لا يلجأون لسبل المعالجة الطبية على الإطلاق.

يعد العمال غير المسجلين اقرب احتمالا لأن يترددوا على العيادات المحلية التى تقدم تسهيلات خاصة فى الدفع ، بالإضافة إلى أقسام الطوارئ فى المستشفيات ، خصوصا إذا كانوا من القادمين الجدد. ومع ذلك ، يصعب الوصول إلى العيادات وغرف الطوارئ فى المناطق الريفية. وكثيرا ما يعمل العمال غير المسجلين فى بيئات غير صحية أو غير آمنة ، لكنهم يترددون فى المطالبة بإجراءات الأمن والسلامة خوفا من الإبعاد أو من فقدان وظائفهم. وكثيرا ما يحاول أولئك الذين يتعرضون للإصابة أثناء العمل إخفاء الإصابة والاستمرار فى العمل. كما أنهم أقل احتمالا لطلب الرعاية الصحية الوقائية .

وتزيد السياسات العامة المتناقضة من تعقيد تلك القضايا ، وتشير إلى عدد من الأسئلة الملحة. فأغلب العمال غير المسجلين يدفعون الضرائب. فهل يجب أن يتمتعوا بالفوائد العمومية مثل الرعاية الصحية؟ ويستمر الكثير من أصحاب الأعمال فى تعيين العمال غير المسجلين نظرا لحاجتهم لعمالة موسمية زهيدة الأجور. فما هو قدر مسئوليتهم عن عمالهم ؟ يعد العمال المهاجرين وعمال الزراعة الموسميين من أقل المجموعات المهنية حصولا على الخدمات وأقلها تعرضا للبحث والدراسة فى الولايات المتحدة. فكيف يمكن إزالة العوائق المعروفة لوصولهم إلى الرعاية الصحية حتى لا تبقى احتياجاتهم ومخاوفهم الصحية مهملة أو غير ملباة بصورة مزرية ؟ وأخيرا، فنادرا ما تم تناول الكرب الناتج عن الاغتراب وعن التهجير الذى يتعرض له المهاجرون واللاجئون فيما يتعلق بالعمال غير المسجلين. فما هى حاجاتهم الصحية العقلية وكيف يمكن تلبيتها ؟

تعد الدراسات التى قام بها كل من رومبوت و وسترماير ، والتى ربطت بين تجربة ما قبل الهجرة للاجئى جنوب شرقى آسيا وبين تكيفهم النفسى بعد إعادة التوطين ، أمثلة على نوع الدراسات المطلوبة بأعداد أكبر من ذلك بكثير(٤٦). وبصورة عامة، فمن العوامل الحيوية أن يوجد جدول أعمال متواصل للأبحاث يمكن العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية من التعرف سريعا على اللاجئين المصابين بالاكتئاب ، والقلق ، وغيرهما من المشكلات النفسية القابلة للعلاج .

من بين المهام الضرورية الأخرى ، أن نقيم بصورة أفضل تلك العوامل الملطفة الأخرى بالنسبة للصحة العقلية للاجئين. ونحتاج ، على وجه الخصوص ، لتحسين فهمنا، أولا، لتلك الظروف التى يعد فيها الدعم الاجتماعى من العوامل الملطفة والتى لا يعد فيها كذلك ، وثانيا ، لأكثر الأنماط ملاءمة من استراتيجيات التكيف تحت الظروف النوعية. ولابد أيضا من الدراسة التجريبية لفعالية تدخلات العمل المجتمعى ، بالإضافة إلى المعالجات النوعية. كما إن هناك حاجة لإجراء المزيد من الأبحاث لتوضيح العوامل التى تمكن من التعرف على أولئك المعرضين لخطر أكبر فى فترات متباينة تالية لعملية إعادة التوطين المبدئية. وهناك أيضا حاجة ملحة لدراسة الضوائق النفسية بين الأفراد المهجرين عن ديارهم الذين يضلون داخل حدود بلدانهم الأصلية. ومن المهم معرفة سبب كون بعض المجموعات السكانية تتكيف بصورة حسنة على الظروف الجديدة بينما لا تستطيع ذلك مجموعات أخرى. وستساعد هذه المعرفة الحكومات والهيئات على إعداد برامج لإعادة التوطين تتميز بكونها أكثر فعالية ودعما .

وبصورة خاصة ، هناك العديد من الأسئلة التى لابد من الإجابة عليها. فإلى أى مدى يمكننا أن نساعد اللاجئين على "إدراك مغزى" تجربتهم التى كثيرا ما تتسم بكونها مؤلمة ومأساوية ، كوسيلة لمساعدتهم على التكيف النفسى ؟ وما هو الدور المحتمل أن تلعبه مجموعات اللاجئين باجتماعها فى بلدان إعادة التوطين لمناقشة وتفسير أحداث الماضى ؟ وإلى أى مدى يفيد هذا الارتباط العرقى (co-ethnic bonding) – الذى يعكس ماضيا مشتركا– فى المحافظة المفيدة على الإحساس بالهوية الشخصية ، أم أنه يعيق التكيف المستقبلى على ظروف البلد المضيف ؟

وبصورة عامة ، يعتبر نشر البيانات الدقيقة فيما يتعلق بتأثير عملية التهجير على الصحة العقلية ، من الشروط الضرورية وغير الكافية فى الوقت نفسه ، لوضع الحاجات النفسية للاجئين على جدول أعمال السياسة العالمية. وبالفعل ، فإذا أثبتت الدراسات التالية المتعلقة بالتهجير والمجراة خارج أوروبا وأمريكا الشمالية ، مدى الضوائق النفسية الناتجة عن التهجير القسرى ، فسيتوجب على الجهات الممولة ووكالات الإغاثة أن تمنح أولوية لإجراء مثل هذه الدراسات. وهناك حاجة أيضا لقدر ملائم من الالتزام من قبل المجتمع البحثى ذاته ، لأن المقاربات المطلوبة ستشمل بالضرورة تمضية فترات مطولة من الدراسات الحقلية فى مناطق الاضطرابات الاجتماعية الكبرى. وتظهر الوثائق الحالية فى أحيان كثيرة للغاية ضعفا وسطحية فى الأبحاث المبنية على دراسات قصيرة الأجل ولا قرينية (decontextualized) مجراة على اللاجئين فى البلدان الفقيرة .

الاستنتاجات

– هناك نحو ٢٠ مليونا من اللاجئين الرسميين فى العالم اليوم ، معظمهم من آسيا وأفريقيا. بينما يبلغ عدد المهجرين داخل بلدانهم الأصلية ٢٠ مليونا آخرين. ويعانى كثير من أولئك الأشخاص من أحد أنوا ع الاضطرابات العقلية نتيجة للمشكلات والصعوبات التى يواجهونها قبل ، وأثناء ، وبعد فرارهم من مواطنهم الأصلية. وعند كل مرحلة من رحلات الهرب هذه ، يمكن اتخاذ بعض الخطوات المعينة لتقليل خطر اعتلال الصحة العقلية .

– تفتقر غالبية اللاجئين والمهاجرين الداخليين للخدمات التى تفى بالحاجات المتعلقة بصحتهم العقلية. ولذلك فلابد من تطوير نظم الخدمات التى تساعد العاملين فى مجال الصحة العقلية على التعرف على الاضطرابات العقلية ومعالجتها فى الأفراد المهجرين عن ديارهم. وللتعرف على الحاجات الصحية العقلية للاجئين وغيرهم من المهجرين ، يجب تطوير واستخدام وسائل تقييم الصحة العقلية التى تتميز بالحساسية الثقافية. وباعتبار أنه من غير العملى توفير المعالجة الفردية لأغلب اللاجئين ، فلابد من تطبيق برامج العمل المجتمعى فى المناطق التى يتجمع فيها اللاجئون كأول خيار علاجى. ولابد أيضا من التطبيق المنهجى للبرامج التى تعالج الصدمات الناتجة عن العنف السياسى .

- التعرف على الحاجات الصحية العقلية للمهاجرين وغيرهم من المهجرين عن ديارهم ، لابد من تطوير واستخدام وسائل تقييم الصحة العقلية ذات الحساسية الثقافية . وقد تعاونت منظمة الصحة العالمية مؤخرا مع المفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة (UNHCR) فى إصدار كتاب مرجعى عن الصحة العقلية للاجئين لاستخدامه فى مخيمات اللاجئين[٤٨]. ويحتوى هذا الكتاب أيضا على فصول مخصصة لشرح كيفية مساعدة ضحايا التعذيب والاغتصاب .لكن الكتاب لا يحتوى على دراسات حقلية ، كما أنه لا يحتوى على أدلة تثبت فعاليته .

- تقدر المفوضية العليا للاجئين أن ما يقرب من ٨٠٪ من اللاجئين هم من النساء والأطفال. ومع ذلك ، فلا تتوافر هناك سوى قليل من الخدمات الصحية التى تعنى بملاقاة الحاجات الصحية الخاصة للنساء والأطفال.وإذا أردنا تحسين الحالة الصحية للنسوة اللاجئات ، فستكون هناك حاجة لوجود خدمات تساعد النساء على تطوير مهاراتهن التعليمية والوظيفية ، وزيادة ثقلهن السياسى ، وإقامة حياة آمنة وذات مغزى فى المنفى. ويجب أن تساعد هذه الخدمات أيضا النساء اللاتى عانين من الاعتداء الجنسى. وهناك حاجة لتطوير برامج مماثلة لملاقاة حاجات الأطفال ، خصوصا فيما يتعلق بتوفير بيئة آمنة وسبل مواجهة المخاوف التى تنتابهم أو التجارب المأساوية التى يتعرضون لها. وبصورة عامة ، يحتاج العاملون فى مجال الصحة العقلية للتمتع بالحساسية تجاه الحاجات الخاصة للنساء (واللاتى قد يترددن فى الحديث عن الاعتداءات الجنسية التى تعرضن لها) ، إضافة إلى تلك الخاصة بالأطفال وكبار السن.

- بدلا من ملاقاة الحاجات فقط عند ظهور الصعوبات ، يجب أن تكون القوة الدافعة الرئيسية فيما يتعلق بالصحة العقلية هى توقع الخطر قبل حدوثه ، وتطبيق الأفعال المرجح أن تقلل من احتمال نشوء مثل هذه الصعوبات. ويبدو أن المقاربات الوقائية هى الوسيلة المستدامة الوحيدة لملاقاة مثل هذه الحاجات. وكثيرا ما يمكن توقع حدوث حركات اللجوء المحتملة قبل نشوئها بوقت كاف ، مما يمكن من تطبيق الاستراتيجيات التنبؤية الوقائية .

– فى حين تنشأ الملابسات التى تؤدى إلى الهرب ، فى العادة ، عن الأفعال المتعمدة والعدائية للجماعات السياسية داخل البلد الأصلى ، يبقى كثير من المحرضات (المثيرات) التالية تحت السيطرة الواضحة للدول و/ أو الهيئات التى تُظهر التعاطف مع حاجات اللاجئين وحتى عندما تبدو الحكومات والهيئات جادة فى تقديم المعونة ، فهى عادة ما تكون غير حساسة لبعض الأوجه التى تتضمنها سياساتها المعتمدة ، والتى تؤثر على اللاجئين سلبا. ولذلك ، فعلى الهيئات والوكالات الوطنية والدولية أن تعمل بتنسيق أكبر مع قادة اللاجئين لتقديم الطعام ، والمأوى ، والحماية ، والرعاية الطبية ولا تساعد المشاركة الواسعة للاجئين فى عمليات اتخاذ القرار فى تحسين نوعية ومصداقية القرارات التى يتم اتخاذها فحسب ، بل إنها تشجع – بصورة غير مباشرة – الإحساس بالسيطرة الذاتية فى اللاجئين ، والذى من شأنه أن يؤدى لصحة عقلية إيجابية .

– يتوجب على الكثير من أولئك الذين يعاد توطينهم فى مجتمع جديد ، أن يواجهوا عددا من الصراعات والتكيفات. ويمكن لتحسين التواصل (بما يشمله من مراعاة أكبر للحاجات الظاهرة للاجئين) ، والتخطيط الجيد المتطور من قبل المنظمات الراعية ، أن ينهى كثيرا من الصراعات والتكيفات المبدئية. وبصورة عامة ، تكون البرامج التى تساعد اللاجئين على تأسيس ملجأ آمن وتأمين مكانة سياسية فى بلدان إعادة التوطين ، وكذلك البرامج التى تساعد المهاجرين واللاجئين فى العثور على فرص للعمل المنتج وغير المستغل. ويمكن أن يساعد تيسير دخول الأطفال إلى المدارس (وخصوصا أولئك الذين يعيشون فى المخيمات) على تقليل تعطل النمو العقلى والإدراكى ، وعلى المحافظة على أحد الأعمال الاجتماعية الروتينية وسبل التآلف الاجتماعى الرئيسية ، وهو ما لا يقل أهمية عن سابقه. ولابد من إعداد المدارس، وبرامج العمل المجتمعى ، وبرامج عون اللاجئين ، لمواجهة قضايا التذويب الثقافى (cultural dissimilation) ، خصوصا عندما يتكيف أفراد الأسر والمجتمعات الواحدة بسرعات متباينة على الثقافات الجديدة.

– لابد لأى برنامج رسمى للإغاثة أن يضع فى اعتباره الاعتماد على الآليات القائمة التى تشجع على التعايش والتكيف على المجتمعات الجديدة. ويمكن أن تسعى

تلك البرامج لتعزيز الروابط وسبل الدعم الاجتماعية بصورة مباشرة ، عن طريق تطوير البرامج المجتمعية ووكالات الإغاثة المشتركة (كما تم ترويجه بالنسبة للاجئى الهند الصينية فى الولايات المتحدة). ويمكن لبرامج عون اللاجئين أن تمنع السلبية وتعزز التكيف الفعال عن طريق السماح للاجئين بتحمل قدر أكبر من المسئولية والمبادرة فيما يتعلق بشئونهم الخاصة. ويمكن لبرامج لم شمل العائلات بدورها ، أن تشجيع عمليات التعافى المرتبطة بالتكامل والارتباط العائلى .

- يبدو فهم اللاجئين لتجربتهم داخل إطار روائى تكاملى حيويا بالنسبة لمساعدتهم فى التكيف على الأطر الاجتماعية والسياسية الجديدة. وقد تنتج فوائد شبكات الدعم ممن ينتمون لمجموعة إثنية واحدة عن مناقشة وتحديد المعانى التى يقدمها التواصل بمجتمع يتمتع بشبكة من العوامل الثقافية واللغوية المشتركة. وفى الحين الذى قد تخشى فيه الحكومات ووكالات العون من تشجيع الحمية الأيديولوجية (ideological zeal) التى قد تتعارض مع أيديولوجياتها الخاصة ، فلابد من أن تضع فى اعتبارها حقيقة أن الالتزام بهوية ثقافية ، أو دينية ، أو سياسية ، يساعد فى تعزيز الصحة العقلية.

- حتى وقتنا الحاضر ، تم توجيه قدر من الاهتمام برعاية ورفاهية اللاجئين الرسميين أكبر مما يوجه للعشرين مليونا من اللاجئين الداخليين فى جميع أنحاء العالم. ومع ذلك ،ففى بعض الأحيان يواجه أولئك اللاجئون الذين لا يتلقون سوى القليل من دعم الأمم المتحدة ، إن وجد، ظروفا أكثر خطورة مما يواجهه أولئك الذين يبحثون عن ملجأ آمن فى بلد آخر. ولمواجهة هذا الموقف ، هناك الحاجة لبذل المزيد من الجهد فى تطوير البرامج التى تدعم صحة اللاجئين الداخليين ووضعهم القانونى .

الهوامش

(١) أقوال اللاجئين الموزمبيقيين الذين تم استجوابهم خلال دراسة مولتها المفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة UNHCR، والمذكورة في .Ager et a1. (1991)

(٢) مقتبسة من .Lumsden, 1993

(٣) المصدر : .Canadian Task Force, 1988

(٤) مقتبسة من .Lovell, 1992

(٥) المصدر : .Mollica et al., 1991

(٦) المصدر : .Athey and Ahearn, 1991; citing Carlin and Soko1off, 1985

(٧) المصدر : .Rumbaut,1991

(٨) المصدر : .Ressler et al., 1988

(٩) المصدر : .McCallin, 1992

(١٠) المصدر : .Eisenbruch, 1990b

(١١) المصدر : .Eisenbruch, 1990a, 1990b, 1992

(١٢) المصدر : .Beiser et al., 1989

(١٣) المصدر : .de Giro1amo et al., 1989

(١٤) المصدر : .Goffman,1961

(١٥) المصدر : .Jareg,1987

(١٦) تم توفير المادة العلمية لهذا الإطار من قبل Lindsay French، من قسم الأنثروبولوجيا بجامعة هارفارد.

(١٧) المصدر : .Westermeyer,1991

(١٨) المصدر : .Freud and Burlingham, 1943

(١٩) المصدر : .Ressler et al., 1988

(٢٠) المصدر : .McCallin and Fozzard, 1990; McCallin, 1992

(٢١) المصدر : .Shisana and Ce1entano, 1985

(٢٢) المصدر : .McCallin and Fozzard, 1990

(٢٣) المصدر : McSpadden, 1987.

(٢٤) المصدر : Beiser et al., 1989.

(٢٥) المصدر : McCallin and Fozzard, 1990; Pines, 1989.

(٢٦) المصدر : Reynell, 1989.

(٢٧) المصدر : Punamaki,1987..

(٢٨) المصدر : Eisenbruch, 1990b

(٢٩) المصدر : Kanaaneh and Netland, 1992.

(٣٠) المصدر : Reynell,1989

(٣١) المصدر : Kinzie and Sack, 1991.

(٣٢) المصدر : Westem1eyer, 1991.

(٣٣) انظر Morgan et al., 1984.

(٣٤) المصدر : Westem1eyer, 1991.

(٣٥) المصدر : Mollica, 1989.

(٣٦) المصدر : Kinzie et al., 1984.

(٣٧) المصدر : Punamaki,1992.

(٣٨) المصدر : Bustos, 1992.

(٣٩) المصدر : Silove, 1992.

(٤١) المصدر : Tout, 1989:281-89.

(٤٢) المصدر : Godfrey and Kalache, 1989.

(٤٣) المصدر : WHO/UNHCR,1992.

(٤٤) المصدر : Jablensky et al., 1992a.

(٤٥) انظر Wilson, 1992a; 1992b.

(٤٦) المصدر : Rumbaut, 1991; Westermeyer et al., 1983.

(٤٧) المصدر : Chavez, 1992:74.

(٤٨) تم استقاء المعلومات الواردة بهذا الإطار من Chavez, 1992; Chavez et al., 1985; Mobed et a1., 1992; Moore, 1986; and Palerm, 1992.

(٤٩) المصدر : WHO/UNHCR. 1992.

الفصل السابع

الأطفال والشباب

(Children and Youth)

كانت المكاسب التى تم تحقيقها فى مجال صحة الطفل خلال العقود الماضية فى جميع أنحاء العالم مذهلة.فقد أدى مزيج من تنظيم الأسرة (family planning) والممارسات الصحية المنخفضة التكاليف (مثل الطعوم vaccines، وتشجيع الرضاعة الطبيعية breast feeding، ومراقبة النمو growth monitoring، والمعالجة بالإمهاء الفموى ORT) ، إلى إنقاذ الحياة وتقليل المراضة فى كثير من الأطفال. وتقدر منظمة اليونيسيف (صندوق الأمم المتحدة للطفولة :UNICEF) أن برامج التحصين (immuni- zation) تقى من وقوع نحو ثلاثة ملايين حالة وفاة سنويا ؛ ومع ذلك ، تؤدى أوجه القصور فى التحصين إلى حدوث نحو ١,٧ مليون حالة من الوفيات المتعلقة بالتحصين ، والتى يمكن منع وقوعها سنويا.وفى الفترة بين عامى ١٩٧٥ و١٩٩٠ ، انخفضت معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة (5Q0) فى الأقطار الأفريقية جنوبى الصحراء من ٢١٢ لكل ١٠٠٠ مولود حى إلى ١٧٥، وانخفضت من ١٩٥ إلى ١٧٥ فى الهند ، ومن ٨٥ إلى ٤٣ فى الصين ، ومن ١٧٤ إلى ١١١ فى بلدان الشرق الأوسط ، ومن ١٠٤ إلى ٦٠ فى أمريكا اللاتينية ودول الكاريبى. وبرغم هذه المكاسب الملحوظة ، تبلغ المعدلات 5Q0 فى أقل دول العالم تطورا (١٨٠) عشرة أضعاف مثيلاتها فى بلدان العالم الصناعى (١٧). وتتسبب المعدلات الوسطى (averages) فى طمس الفروق الموجودة بين الدول المختلفة فى العالم ، فلم تحقق بعض الدول سوى القليل من التقدم ،

إن وجد. وفى عام ١٩٦٠، كان هناك طفل من بين كل خمسة أطفال يموت قبل بلوغ سن الخامسة فى إندونيسيا وكذلك فى غانا. وبحلول عام ١٩٩٠ ، انخفضت هذه المعدلات فى إندونيسيا بنسبة النصف ، بينما بقيت على حالها فى غانا ؛ ففى خلال عقد الثمانينات ، ارتفع الناتج القومى الإجمالى (GNP) للفرد فى إندونيسيا بنسبة ٣,٩٪ سنويا ، بينما انخفض بنسبة ٠,٣٪ سنويا فى غانا.

تشمل الأسباب الطبية الكبرى لوفيات الأطفال دون الخامسة ، والتى تتباين فى الدول المختلفة ، الوفاة نتيجة للإسهال (diarrhea) ، والالتهاب الرئوى، ويمكن الوقاية من الأولى بالعلاج بالإمهاء الفموى (ORT) ، والثانية بالمعالجة الكيميائية (chemo- therapy) . ويتحدد المدى الذى تصبح فيه العلاجات الفعالة متاحة لأولئك الأطفال بمدى الالتزام السياسى بحقوق الأطفال ، وبالأولوية الاقتصادية الممنوحة لاحتياجاتهم ، والتركيز الموجه نحو الرعاية الأولية للنساء والأطفال فى عمليات التخطيط الصحى الوطنى ، والطريقة التى يتم بها توزيع الموارد الاقتصادية المتاحة داخل البلد. وتبلغ المعدلات GNP فى البرازيل ، والتى يصنفها البنك الدولى كدولة ذات دخل "متوسط مرتفع" ، ٢,٩٤٠ دولارا للفرد. ومع ذلك ، يعيش نحو ٣٥ مليونا من سكان البرازيل البالغ عددهم ١٥١ مليونا بدخل أقل من دولار واحد يوميا ،كما يعيش ٦٥ مليونا بدخل أقل من دولارين يوميا[١].

وعلى ذلك ،فليس من المستغرب أن تبلغ معدلات وفيات الرضع هناك ٥٨ ، وأن ١٣٪ من الأطفال دون الخامسة يعانون من سوء التغذية ، وأن نسبة المراهقين الذين ينخرطون فى الدراسة الثانوية لا تزيد عن ٣٩٪.

وفى مقابل المكاسب الدولية فى صحة الطفل ، ارتفعت نسبة الأطفال المنخرطين فى الدراسة من أقل من ٣٠٪عام ١٩٦٠ إلى أكثر من ٧٠٪ عام ١٩٩٠ فى البلدان منخفضة الدخل[٢]. ومع ذلك ، فمن بين هؤلاء الأطفال ، لا يصل سوى ٤٥٪ إلى الصف الرابع الابتدائى ، مقارنة بأكثر من ٨٠٪ فى شرق آسيا. وهنا تخفى المعدلات المتوسطة الإقليمية ،مجددا ، أكثر مما تظهر. وتتراوح معدلات الفشل فى السنة الدراسية الأولى ، حتى فى الدول المتجاورة ، بين ٤٪ فى النيجر و٤٣٪ فى تشاد

الملاصقة لها. وبالنسبة لدول الجنوب الأفريقى، تتراوح نسبة القدرة على القراءة والكتابة بين نحو ٢٠٪ فقط فى مالاوى وبُتسوانا ، و٤٠٪ فى ناميبيا وأنجولا ، بينما تصل إلى ٦٧٪ فى زيمبابوى ؛ ومع ذلك فمعدل الدخل الفردى فى بُتسوانا يزيد بأربعة أضعاف عن مثيله فى زيمبابوى[٣].

وبرغم المكاسب الهامة التى تم تحقيقها فى مجالى صحة الطفل والتعليم ، يقع عشرات الملايين من الأطفال ضحايا لسوء الحظ ، فيتحولون إلى لاجئين ، أو مهجرين ، أو يتعرضون لإصابات الحروب ، أو يصبحون من أطفال الشوارع (انظر إطارى ٧-١ و٧-٢). وتقدر المفوضية العليا للاجئين (UNHCR) أن عدد اللاجئين وطالبى حق اللجوء فى جميع أنحاء العالم قد ازداد من أقل ٣ ملايين عام ١٩٧٦ إلى أكثر من ١٩ مليون عام ١٩٩٣ ، وأغلبهم من أفراد الأسر ذات الأطفال ، وبعضهم من الأطفال الذين لا أسرة لهم. ويجب أن يضاف إلى هذا الرقم نحو ٢٥ مليون شخص إضافى ممن هجروا ديارهم نتيجة لأسباب متنوعة. ولأن هؤلاء يبقون داخل حدود بلدانهم الأصلية ، فهم لا يتمتعون بأية حماية قانونية من قبل الأمم المتحدة. ومن بين أولئك الأشخاص المهجرين ، يعيش نحو ١٦ مليونا فى أفريقيا. وارتفعت معدلات الوفيات الخام (CDR) بين اللاجئين والمهجرين الداخليين إلى نسبة لا تقل عن ثلاثة أضعاف ، وقد تصل إلى خمسين ضعف المعدلات CDR الأساسية فى مواطنهم الأصلية[٨]. وتحدث أغلب تلك الوفيات بين الأطفال الصغار ؛ فقد حدثت ٦٣٪ من الوفيات بين اللاجئين الأكراد فى شمال العراق بين الأطفال دون الخامسة ، والذين لا تزيد نسبتهم الكلية عن ١٧٪ من هؤلاء اللاجئين[٩].

تعد الصراعات المسلحة من العوامل المتوطنة (endemic) فى أجزاء عديدة من العالم. وتهدف سياسة الحرب "المنخفضة الحدة "(low-intensity warfare) ، والتى تميز الاضطرابات الحادثة فى أفريقيا وأمريكا اللاتينية ، لزعزعة استقرار المجتمع ، وليس الانتصار عبر الاشتباكات العسكرية الضخمة. وهى مدمرة بالنسبة للسكان المدنيين. وفى موزمبيق ، اشتملت الأهداف المختارة عمدا للاعتداء العسكرى ، الوحدات الصحية الريفية ، والمدارس ، والعاملين الصحيين ، والمدرسين ، والموظفين المحليين. وتم تهجير ٢-٣ ملايين نسمة من مجموع سكان موزمبيق البالغ ١٦ مليون نسمة داخل

حدود بلادهم ، بينما لجأ مليون آخرون للدول المجاورة ؛وتعرض أكثر من ٢٠٠,٠٠٠ طفل للانفصال عن الوالدين ، أو التيتم ، أو الهجران. ونتيجة للحرب الأهلية ، تعرضت صحة الأطفال للخطر بفعل الركود الاقتصادى (والذى قلل من المدخول الغذائى الهامشى أساسا لأولئك الأطفال) ، وعدم القدرة على التواصل بالخدمات الصحية. وقد استلزم الأمر إغلاق المدارس التى استهدفها المتمردون ؛ فقد أصبح اغتيال المدرسين أمرا مألوفا. ولا تتوفر بيانات إحصائية دقيقة عن معدلات الوفيات الفعلية ؛ فتظهر الاستقصاءات التى أجريت فى بعض المناطق أن معدلات وفيات الرضع قد بلغت ٢٠٠ لكل ١٠٠٠ مولود حى ، بينما كانت معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة ٣٧٠ فى الألف. ويظهر نصف الأطفال دون الخامسة قامات متقزمة (stunted) (دون المعدل المئوى الثالث [3rd percentile]). وقد انتشرت أوبئة الكوليرا والحصبة بصورة واسعة بين السكان المهجرين الذين يعيشون فى الأماكن المزدحمة ، والذين يقيمون فى مخيمات تفتقر إلى وسائل الصرف الصحى الملائمة[١١].

تم تدريب الأطفال الذين ألقى القبض عليهم مقاتلو حرب العصابات فى موزمبيق ، لكى يصبحوا من القتلة. وشهد غيرهم أحداثا وحشية ، وتعرضوا للضرب ، والتهديد، وسوء التغذية. وقد شهدوا بعينيهم مصرع آبائهم ؛ بينما أجبر آخرون على تنفيذ القتل بأنفسهم. وأظهر استقصاء تناول ٥٠ طفلا مهجًرا أن ٤٢ منهم تعرضوا لفقد أحد الوالدين على الأقل ، وأن ٢٩ كانوا شهود عيان لحوادث القتل. وأظهر تقييم للصحة العقلية أن ثلثى أولئك الأطفال يعانون من القلق المستمر ، نظرا لمعيشتهم فى خوف من غارة أخرى. كان نحو ربع الأطفال معاقين بدرجة ملحوظة نتيجة لاضطرابهم النفسى[١٢]. وتعتمد السياسة الرسمية للتأهيل على اجتناب مخاطر المؤسساتية بأى ثمن ، وعلى وضع الأطفال الذين هجرهم ذووهم مع أسر بديلة داخل المجتمع نفسه ، على الرغم من وجود خطر الاستغلال (exploitation) تحت هذه الظروف (خصوصا بالنسبة للإناث من الأطفال). ويتم إقامة برامج التدريب لمساعدة المدرسين على التعرف على علامات الضيق النفسى ،وعلى تشجيع الضحايا من الأطفال على التعبير عن مشاعرهم. وقد صمم المشروع أيضا لمساعدة المدرسين أنفسهم ، والذين يكونون بدورهم هدفا للاعتداء ويصبحون بحاجة للدعم ،على التعبير عن مشكلاتهم[١٣].

إطار ٧-١: رعاية الأيتام فى إريتريا

حتى أوائل القرن العشرين ، كانت الدول الغربية تضع الأطفال اليتامى والذين هجرهم ذووهم ، نمطيا، فى مؤسسات جماعية مجردة (impersonal) ضخمة ، وعقيمة من الناحية السيكولوجية فى كثير من الأحيان. ونتيجة لذلك ، عانى كثير من الأطفال من نزلاء هذه المؤسسات من قدر هائل من التلف البدنى والنفسى ، غير القابل للإصلاح فى كثير من الأحيان. ونتيجة لهذه التجارب ، نشأ الاعتقاد الواسع بأن التربية الجماعية للأطفال تتعارض بالضرورة مع التطور النفسى الطبيعى ، وأنها تسبب "تلفا مستديما للصحة العاطفية للأجيال القادمة"[٤].

تحسنت الرعاية المؤسساتية كثيرا خلال السنوات الثلاثين الماضية. وأظهر عدد من الدراسات أن الرعاية الجماعية ، حتى فى الأطفال الصغار ، تتوافق تماما مع النمو المعرفى والاجتماعى السوى ، بشرط أن تكون المؤسسة المعنية منظمة بحيث تلبى احتياجات هؤلاء الأطفال ، وليس من أجل الفاعلية الاقتصادية أو إراحة المجتمع. ويتشكك بعض خبراء النمو فى الأطفال فيما إن كانت الرعاية البديلة (foster care) هى فى مصلحة الأطفال بالضرورة ، عندما لا يكون التبنى (adoption) من بين الخيارات المتاحة[٥]. وبالإضافة إلى ذلك ، تعتبر كثير من الدول أن التبنى والرعاية البديلة هما السبيلين الوحيدين ، المقبولين اجتماعيا، لرعاية الأطفال الذين لا أهل لهم.

يتركز أغلب اليتامى والذين لا أهل لهم فى الدول التى مزقتها الحرب أو الدول الفقيرة ، حيث ينفصلون نهائيا عن كلا الوالدين ويبعدون عن ديارهم. ويقدر أن ما يزيد على نصف المليون من الأطفال السودانيين والإثيوبيين ، والذين تيتموا نتيجة للحروب والاضطرابات المتكررة فى منطقة القرن الأفريقى ، يجبرون على العيش فى ملاجئ بدائية فى شرق السودان. وربما كانت محنة الأطفال الذين لا أهل لهم فى المناطق الأخرى أشد سوءا. ومن المحتمل ألا يعود أغلب أولئك الأطفال للعيش مع الأسر الممتدة على الإطلاق ، كما أنه من المحتمل الا يتم تبنيهم أو أن يوضعوا فى بيوت للرعاية البديلة فى البلدان التى لا تمتلك تقاليد لرعاية الأطفال الذين لا تربط بينهم صلة الدم. وباعتبار أن الرعاية الجماعية هى الأمل الوحيد لبقاء الملايين من الأطفال الذين لا أهل لهم فى البلدان الفقيرة ، فمن المحتم أن يتم إعادة تقييم الكيفية التى يمكن بها للرعاية الجماعية أن تلبى احتياجات الأطفال بأفضل صورة ممكنة فى تلك المناطق من العالم ذات الموارد التقنية والمالية المحدودة. وكخطوة فى هذا السياق ، قام بيتر وولف (Wolff) ، من مستشفى الأطفال فى مدينة بوسطن الأمريكية ، مع زملائه الإريتريين ، بمقارنة اليتامى فى إريتريا ، والذين فقدوا كلا الأبوين والذين يعيشون فى الملاجئ التى تفتقر للعاملين ، والتى تعانى من الازدحام وسوء التجهيزات ، مع مجموعة متوافقة من الأطفال الذين يعيشون مع واحد على الأقل من الوالدين فى أحد مخيمات اللاجئين القريبة[٦].

إريتريا (Eritrea) بلد أفريقى صغير قاتل إثيوبيا للحصول على الاستقلال لمدة ثلاثين عاما. وطوال فترة الحرب ، سيطرت القوات الجوية الإثيوبية على أجواء إريتريا ؛ كما فرضت سرية الحياة الاقتصادية والاجتماعية للسكان بالكامل. لذا ، فقد تم إخفاء ملجأ الأيتام ومخيم اللاجئين داخل أعمق وديان شمال إريتريا لحماية الأطفال من الغارات الجوية ، لكن هذه الحماية عرضتهم لظروف معيشية قاسية.

كان ملجأ الأيتام موجودا فى أحد أحواض الأنهار الجافة ، محاطا بمنحدرات صخرية منزوعة الأشجار. كان اليتامى ينامون فى خيام سيئة التهوية ، حيث كان ينام من ٢-٤ أطفال على كل سرير ، وبرغم انعزالهم الجغرافى ، فقد عاش اليتامى والأطفال اللاجئين تحت تهديد مستمر بالقصف الجوى. وبعد ست سنوات من الجفاف المتواصل ، عاشوا أيضا فى ظل الأعواز المزمنة للغذاء والماء ؛ وبرغم القوت (diet) الإضافى الغنى بالبروتينات والأغذية الخاصة التى كان يقوم بإعدادها العاملين فى الملجأ ، فقد عانى كثير من اليتامى (وربما بقية الأطفال فى إريتريا) من الأعواز التغذوية.

نظرا لإدراكها لأن الظروف الاجتماعية والنفسية فى الملاجئ تتعارض مع النمو الطبيعى للأطفال ، طلبت وزارة الشؤون الاجتماعية الإريترية (DSA) إجراء استقصائين مستقلين عن الحالة النفسية والبدنية لليتامى ، بالإضافة إلى طلب توصيات مفصلة لتغيير التنظيم الاجتماعى لملاجئ الأيتام. وبعد سنتين من تطبيق هذه التغييرات ، مع استمرار الحرب، بدأ وولف وزملاؤه فى تحديد الحالة العاطفية والنمو المعرفى للأيتام الإريتريين.

أجريت مقارنة بين مجموعة مكونة من ٤٧ يتيما فقدوا كلا والديهم ، وبين مجموعة مقارنة من أطفال اللاجئين الذين يعيشون تحت نفس الظروف البيئية ، لكنهم يعيشون مع واحد على الأقل من والديهم فى منازلهم. تمت المقارنة بين المجموعات باستخدام الاستبيانات السلوكية القياسية التى تم تطويعها للاستخدام فى إريتريا من أجل تقييم حالتهم الاجتماعية العاطفية ، وبتعديلات ملائمة للثقافة السائدة للاختبارات النفسية القياسية ، بما فيها قوالب رافن المتوالية (Raven Progressive Matrices) ، ومقياس ليتر الدولى (Leiter International Scale) ، ونسخة مختصرة من اختبار توكين (Token test) ، ونسخة معدلة ثقافيا لاختبار التسمية (naming test)، وبإجراء غير رسمى للقياس النفسى (sociometric) لقياس مدى تفاعلهم الاجتماعى.

كانت الاضطرابات المتعلقة بالنوم ، وبلل الفراش الليلى (nocturnal enuresis) ، والشكاوى النفسية - الجسدية أكثر شيوعا فى اليتامى عنها فى أقرانهم من الأطفال اللاجئين. كما كان اليتامى أكثر عدوانية فى تعاملاتهم الاجتماعية مع أقرانهم ومع العاملين ، كما أظهروا قدرا أكبر من العادات الغذائية الشاذة (idiosyncratic) ؛ أما الأطفال اللاجئون ، فعلى العكس من ذلك ، كانوا أكثر خوفا من الظلام والحيوانات البرية ، وما شابه ذلك. وبرغم أن الاختلافات بين المجموعتين كانت

مؤثرة من الناحية الإحصائية ، إلا إنها كانت قليلة الأهمية ، كما يمكن تفسير أغلبها من خلال حقيقة أنه برغم انتظام أفراد المجموعتين فى المدرسة بعد سن السادسة ، فلم ينتظم فى فصول رياض الأطفال (kindergarten) سوى اليتامى. ولم تكن هناك اختلافات بين المجموعتين فى الحالة التغذوية (nutritional status) ،أو الأمراض العضوية ، أو فى العلامات المرضية العصبية الصغرى ، أو المهارات الحركية اليدوية الدقيقة. وتكتسب الاختلافات الضئيلة بصورة ملحوظة، والموجودة بين اليتامى والأطفال اللاجئين ، أهمية إضافية باعتبار أنه فى الوقت الذى أجرى فيه الاستقصاء الأول – قبل إجراء التعديلات على نظام الملاجئ – أظهر ٢٥٪ على الأقل من اليتامى وجود أعراض نفسية كبرى ، إضافة إلى أوجه مؤثرة للتعطل فى النمو المعرفى واكتساب اللغة.

لم تؤد دراسة مقطعية (cross-sectional) أجريت تحت ظروف قياسية ، مع إجراءات غير قياسية ، على الأطفال الإريتريين ، لا تثبت صحة استنتاجات نهائية بأن اليتامى سيحتفظون بحالتهم العاطفية المستقرة نسبيا ، وبتطورهم المعرفى السوى فى السنوات التالية. ومع ذلك، فهى توحى بأن العاملين المخلصين – حتى لو كانوا قليلى التدريب – يمكنهم ،برغم المساعدة المالية المحدودة والنصائح الاستشارية الضئيلة التى يتلقونها ، تقديم رعاية جماعية إنسانية للأطفال الذين تعرضوا لصدمات نفسية شديدة ، تمكنهم من النمو بصورة سوية.

اعتمد نجاح التجربة الإريترية بصورة كبيرة على الدعم الكامل للمجتمع العريض ، وعلى الظروف الاجتماعية الخاصة التى تظهر أحيانا أثناء حروب التحرير الطويلة الأمد. وفى الحين الذى يجب أن تترجم فيه كل دولة التجربة الإريترية فى المحافظة على ظروفها التاريخية الخاصة ، وتقاليدها المحلية ، وقيمها ، يمكن أن تصبح الرعاية الجماعية المبنية على المبادئ الأساسية للياقة (decency) الإنسانية ، بديلا متاحا بالنسبة للملايين من الأطفال الذين يتعرضون للتيتم فى كل عام نتيجة للحروب والاضطرابات الاجتماعية ، عندما لا يكون التبنى أو الرعاية البديلة من الخيارات المتوافرة[٧].

إطار ٧-٢: أطفال الشوارع

عندما بلغ التاسعة من عمره ، ترك جيوفانى سوتو (Soto) ، كوخ أمه المكون من غرفتين ، كما هجر اخوته الستة عشر ، ليعيش فى شوارع جواتيمالا سيتى. وقد كوّن صداقة مع مجموعة من أطفال الشوارع ، فكان يشاركهم اللعب ، والنوم ، والسفر، واستنشاق الصمغ ، كما كان يتشارك معهم الطعام والدفء. كانوا يحصلون على حاجاتهم الضرورية بالتسول ،أو السرقة، أو العمل بوظائف تافهة مؤقتة. واحتفظ جيوفانى بعلاقته بأسرته ،فكان يزورهم من أن لآخر ، ويعرض عليهم مساعدته كلما استطاع لذلك سبيلا. كان مصمما على أن يقى اخوته الصغار من حياة الشوارع.

فى عام ١٩٨٩، عندما بلغ جيوفانى السابعة عشرة، ألقى القبض عليه خلال إحدى حملات الشرطة وأودع أحد السجون المخصصة للبالغين ، وهناك تعرض للاعتداء الجنسى من قبل المساجين البالغين ، والذين قاموا بحفر أسمائهم على جلده باستخدام المدى والأظافر والحبر. أطلقت الشرطة سراحه فى نهاية الأمر ، وحذروه من العودة لحياة الشوارع ، وإلا تعرض لما لا يحمد عقباه. ونظرا لخوفه الشديد وضعف معنوياته ، عاد جيوفانى للمبيت فى كوخ والدته كما بدأ فى البحث عن عمل. وفى أول أكتوبر ١٩٨٩، وقبل أن يتسلم عمله الجديد فى أحد مصانع النسيج بيوم واحد ، اختفى جيوفانى عن الأنظار تماما. عثر علىٰ جثته بعد ذلك بثلاثة أيام. وحسب تقرير تشريح ما بعد الوفاة ، تعرض جيوفانى للتعذيب لمدة ٧-١٢ ساعة قبل أن يتعرض لإطلاق النار على رأسه ، وهو عمل يحمل توقيع فرق الموت (death squads) فى جواتيمالا.

كان جيوفانى واحدا من أوائل الأطفال الذين تم إعدامهم بهذه الطريقة فى جواتيمالا ومنذ ذلك الحين ، تم اغتيال من ٣٠-٥٠ طفل سنويا على يدى الشرطة وقوات الأمن فى جواتيمالا، والبرازيل، وكولومبيا. وتعرض المئات غيرهم للضرب والتعذيب. وانضمت مؤخرا قوات الشرطة فى جنوب أفريقيا وهاييتى، وبيرو، وهندوراس والسلفادور ، إلى قائمة منفذى هذه الاعتداءات الوحشية على أطفال الشوارع الذين يعيشون فى مدنهم.

وبرغم الاعتراضات المتكررة من قبل الجماعات المحلية والهيئات الدولية ، فقد فشل التدخل الحكومى فى منع الاعتداء على أطفال الشوارع. وكثيرا ما ينظر عموم الجمهور إلى أطفال الشوارع كرموز للجريمة والتفسخ الاجتماعى التى ابتليت بها مدنهم. ومع ازدياد الظروف الاجتماعية سوءا ، يصبح الجمهور أكثر تقبلا لقتل أطفال الشوارع. وفى البرازيل ، على سبيل المثال ، يقوم أصحاب المتاجر فى مدن الأكواخ بدفع الأموال علنا لقوات الشرطة ولفرق الموت لإبادة أولئك الأطفال.

وعلى الرغم من ذلك، يستمر تعداد أطفال الشوارع فى الازدياد ، وقدر بنحو ١٠٠ مليون. وبعض أولئك الأطفال هم من اليتامى ، أو ممن هجرهم ذووهم وليس لهم مكان آخر يلجؤون إليه. ومع ذلك ، فأغلب أولئك الأطفال، مثل جيوفاني ، يعرفون أحد أفراد الأسرة الذى يمكن أن يقدم لهم الرعاية أو المسكن. لكنهم يعيشون فى الشوارع لاجتناب إساءة المعاملة ،أو الفقر، أو سلطة الوالدين ، أو للبحث عن الإثارة ولاكتشاف العالم المحيط بهم. وتعد حياة الشوارع بالنسبة لهم ، حتى مع وجود خطر التعرض للتعذيب أو القتل ، بديلا أفضل مما تركوه وراء ظهورهم فى المنزل.

تتباين بشدة ظروف أطفال الشوارع حتى داخل الدولة الواحدة. ونتيجة لهذا السبب، فشلت الجهود الحكومية الواسعة النطاق لتناول هذه القضية. جزئيا، ومع ذلك ، كان هناك عدد من المحاولات الريفية الناجحة تماما عند تطبيقها على نطاق محدود. وقد حاولت بعضها ، ومنها مركز سليزيان (Salesian) للقصّر، وهيئة Salão de Encontro فى البرازيل، توفير وظائف ذات أجور مجزية ضمن بيئات وقائية ، إضافة إلى توفير المأكل، والمأوى، والخدمات الصحية لأولئك الأطفال. وتوفر برامج أخرى ، مثل برنامج Bosconia فى كولومبيا ، الغذاء وخدمات غسل وكى الملابس ، والخدمات الطبية وسبل الاستحمام لجميع الأطفال ، بالإضافة إلى توفير المأوى لأولئك الذين يوافقون على الالتزام بقواعدها ونظمها وينتظمون فى الدراسة.

وليست هذه المحاولات بكافية ، فهناك حاجة لتصليح أوجه سوء فهم الجمهور ، كما يتوجب نقل إلحاح الموقف وخطورته إلى عموم الجمهور. وبالإضافة إلى ذلك ، يجب على الحكومات أن تجد فى العثور على ، وملاحقة، أولئك الذين يغتالون ويعتدون على الأطفال من أمثال جيوفانى. والأمر المهم هنا هو أن الحكومات والهيئات الدولية بحاجة إلى إيجاد سبل لحل أزمة الأسرة الحضرية التى تفرز أطفال الشوارع. ومن الجدير بالذكر أيضا حقيقة أن والدة جيوفانى كانت تعتقد أنه حقق ما لم يحققه أى من اخوته الستة عشر (١٠).

يهجر الدراسة عشرات الملايين من الأطفال والمراهقين قبل بلوغهم السن القانونية لترك الدراسة ؛ فهم يعملون ، أو يتسولون، أو يسرقون فى شوارع المدن فى بلدان مثل الهند ، والفيلبين ، وأقطار أفريقيا جنوبى الصحراء ، وأمريكا اللاتينية. وفى الحين الذى يعيش فيه البعض فى الشوارع نتيجة للحرب أو التهجير ، تعيش الغالبية فى الشوارع نتيجة للهجرة من الريف إلى الأحياء الفقيرة فى المدينة ، ونقص الخدمات الإسكانية والعامة ، وتمزق العائلات ، والفشل الدراسى. وقد أقلع البعض عن الدراسة ، بينما لم تتوافر لغيرهم مدرسة لينتظموا فيها ، بينما تم طرد البعض من المدرسة باعتبارهم "مسببين للمشاكل". كانت المدارس نفسها فقيرة الخدمات بصورة حادة ؛

ويزداد اعتبار الأسر للتعليم كغير ذى أهمية ، نظرا لعدم وجود وظائف للخريجين ؛ وتعد الطائفية والبيروقراطية فى المدارس الفقيرة الإمكانات ، نقيض (antithesis) السبل التى يعيش بها الأطفال ويتعلمون فى المجتمعات التقليدية. وبالنسبة للعائلات، لم تعد تكاليف الإبقاء على الأطفال فى الدراسة تعادل الأجور التى يحصل عليها الخريجون بعد الانتهاء من الدراسة. ويتزايد التشكيل المبكر للأطفال للعب دور اكتساب الأجور فى الأسر التى تحتاج لدخل إضافى للوفاء باحتياجاتها الضرورية. وقد يباع الأطفال ، فى ضرب من الرق الفعلى، لمصانع نسج السجاجيد ، حيث تتيح لهم أصابعهم الصغيرة أداء الأعمال الدقيقة ، أو كجوكيات (jockeys) فى سباقات الهجن فى بلدان بعيدة عن مواطنهم ، أو كعاهرات فى شبكات الرقيق الأبيض (انظر إطارى ٧-٣ و٧-٤). ويفر البعض إلى شوارع المدينة ؛ وقد يلقى البعض الآخر فى الشوارع عندما تجعلهم الصحة المعتلة ، أو كبر الحجم، أو عدم الكفاءة فى أداء العمل ، أو عدم الخضوع ، غير مرغوب فيهم.

قدر عدد الشباب الذين يسكنون الشوارع فى البرازيل وحدها بالملايين. ويشكك بعض المراقبين فى هذه التقديرات باعتبارها مبالغ فيها تماما. وبدون أن ينكروا وجود أعداد كبيرة من الأطفال خارج المدرسة وفى الشوارع أثناء النهار ، يخلص أولئك الباحثون إلى أن أغلب هؤلاء الشباب يبقون كجزء من عائلاتهم ، باشتراكهم فى الدخل ، والمأكل ، والنوم مع بقية أفراد الأسرة فى المنزل. وتأتى دخولهم من القطاع "غير الرسمى" للسوق ، والذى يتسم الجزء الأكبر منه بكونه مناف للقانون ، ومحفوف بالمخاطر ، وقليل الأجور. ويعتاد شباب الشوارع على السرقة وتعاطى الدعارة مقابل المال. ويبدأ كثير منهم فى ممارسة الجنس فى أوائل سنى المراهقة ؛ ويحتفظ كثيرون منهم بشركاء جنسيين من نفس الجنس ، بالإضافة إلى آخرين من الجنس الآخر. ولا يستخدم الواقى الذكرى (condom) سوى قليل منهم ، ويتعاطى أغلبهم الكحول والمخدرات ، ويصاب الكثيرون بالأمراض المنقولة جنسيا (STD's) ، فهم يعيشون فى عالم يلبى فيه الجنس حاجات عديدة (مثل البقاء ، والتضامن، والمتعة ، والهيمنة) ، وحيث يشيع وجود شركاء جنسيين متعددين ، وحيث تصبح الممارسات الجنسية الشاذة ، مثل اللواط والاغتصاب الجماعى (gang rape) ، من المخاطر اليومية. ويتسم

معظم شركائهم الجنسيين بالاستغلال أو الإكراه. ويتعرض أولئك الشباب لخطر كبير للإصابة بالفيروسHIV داخل ثقافة جنسية تتوافق فيها الجنسية الثنائية الذكورية (male bisexuality) مع الفحولة (being macho)[١٨].وبالإضافة إلى الغموض الذى يغلف حياتهم ، فهم يصبحون ضحايا للممارسات غير المشروعة لأفراد الشرطة ، فقد كانت هناك حوادث عديدة قام فيها أفراد الشرطة المتقاعدون ، والذين يرتدون ملابس عادية ، بتحريض من التجار المحليين وبتمويل منهم ، بالإعدام السريع لشباب الشوارع بتهمة السرقة ، سواء كانت تلك حقيقة أم مدعاة. وحسب منظمة مراقبة حقوق الإنسان الأمريكية (Human Rights Watch/ America) ، تم اغتيال ٥٦٤٤ طفل برازيلى تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٧ على أيدى أفراد فرق الموت ما بين عامى ١٩٨٨و١٩٩١[١٩].

تعطل النمو (Developmental Attrition)

تتركز المشكلات الواسعة الانتشار بين الأطفال فى البلدان منخفضة الدخل ، خصوصا أولئك المعرضون للصراعات والحروب الأهلية ، فى تعطل النمو ، والاضطرابات الصَرَعية (seizure disorders) ، واضطرابات السلوك العدوانى والمضاد للمجتمع ، والتى ترتبط فى كثير من الأحيان بإدمان المخدرات.

ينتج تعطل النمو عن الفشل فى بلوغ معالم النمو السوى سنة بعد سنة ، وبذلك يتزايد الخلل التراكمى (cumulative defect) بصورة مستمرة. وينتج ذلك عن المدخولات غير الكافية من المواد الغذائية الضرورية للجسم والعقل ؛ أى البروتينات ، والسعرات الحرارية ، والمغذيات الدقيقة (micronutrients) ، والمحفزات المفاهيمية والمعرفية ، والعلاقات والتفاعلات الاجتماعية. ويظهر التعطل (attrition) نفسه بثلاث طرق ؛ بدنيا (physically) – مثل انخفاض الطول والوزن عن المعدلات الطبيعية ؛ ودراسيا– مثل الرسوب وقصور التطور الذهنى ؛ وسلوكيا – مثل الاضطرابات النفسية والانحراف الاجتماعى. وبرغم أن الطول محكوم جزئيا بالعوامل الوراثية (فليس هناك من غذاء يمكنه أن يجعل الطفل الياباني يصل إلى متوسط طول أفراد قبيلة التوتسى مثلاً) ، فلا زال الطفل بحاجة إلى غذاء ملائم ، ورعاية صحية ، ومستوى معيشى

معين ليبلغ أقصى مدى للطول يمكنه الوصول إليه. وبذلك ، كان متوسط طول الأطفال اليابانيين فى سن الدراسة أقل بكثير من مثيله فى اليابانيين من الجيل الأول الذين تربوا فى ولاية كاليفورنيا الأمريكية عام ١٩٤٠ . ويتم حاليا الوصول إلى نفس هذه المعدلات فى اليابانيين الذين تتم تنشئتهم فى أى من البلدين ، نظرا لأن المستويات المعيشية فى اليابان تناهز مثيلاتها فى الولايات المتحدة الأمريكية. وبالمثل ، فحتى يصل طفل أو طفلة إلى أقصى مدى لنموه ، فلابد من وجود كل من الدعم العاطفى والتحفيز الذهنى. وفى حين يمكن عكس تأثير أعواز مرحلة الطفولة البسيطة إذا تم إصلاحها ، يترك سوء التغذية الشديد والطويل الأجل وراءه تلفا مستديما. وتقدر اليونيسيف أن طفلا من بين كل خمسة أطفال فى البلدان منخفضة الدخل يعانى من سوء التغذية،كما يعيش عدد مماثل على تغذية تتسم بالنقص فى واحد أو أكثر من المواد الغذائية الضرورية. ويجتمع سوء تغذية البروتينات والطاقة (protein-energy malnutrition) مع نقص المغذيات الدقيقة لإنتاج إعاقة النمو الجسدى الطبيعى.

تبدأ المصاعب التى يتعرض لها الطفل الفقير فى البلدان منخفضة الدخل قبل أن تحمل والدته به ، فتنعكس التأثيرات بين الأجيال (intergenerational) لسوء التغذية فى قصر قامة الأم ، وتضيق مخرجها الحوضى (pelvic outlet) ؛ ونتيجة ذلك هى احتمال أكبر للاتناسب (disproportion) بين حجم رأس الطفل وبين المخرج الذى يوفره له حوض الأم. ويتوافق ذلك مع معدلات مرتفعة للوفيات والمراضة فى الأم ، والجنين ، والرضيع. ويزيد سوء التغذية ومحدودية الرعاية الصحية أثناء الحمل ، من احتمال حدوث نتائج سيئة. وبالإضافة إلى ذلك ، فإذا تمت تنشئة الطفل المولود بعد ولادة متعسرة ، تحت ظروف اجتماعية غير مواتية ، فسيعانى من تخلف طويل الأمد فى النمو المعرفى. ويتسبب سوء التغذية ، من خلال تثبيط آليات الدفاع المناعية للجسم ، فى جعل الأطفال أكثر عرضة للإصابة بعداوى الجهاز الهضمى ؛ مما يقلل من المدخول الغذائى، فى الوقت نفسه الذى تزيد فيه المتطلبات الاستقلابية (metabolic) ، مما يضاعف سوء التغذية الموجود أصلا. ويؤدى ذلك إلى البلادة ، وعدم الاستجابة للبيئة المحيطة ، وفقدان فرص التعلم. ويتسبب سوء التغذية المقترن بالحياة الأسرية غير المُرضية والمحفزات الذهنية غير الكافية ، فى الحصول على نتائج لاختبارات الكفاءة

أقل بكثير مما هو متوقع. ومن ناحية أخرى ، يمكن أن تؤدى إعادة التغذية (renour-ishment) السريعة ، والمصحوبة بالمحفزات الاجتماعية والمعرفية الملائمة ، إلى استعادة معدلات النمو الطبيعية[٢٠].

إطار ٧-٣ : تشغيل الأطفال (Child Labor)

فى عام ١٩٨٠، قدرت منظمة العمل الدولية (ILO) أنه كان فى العالم نحو ٥٢ مليون طفل دون الخامسة عشرة من الناشطين اقتصاديا . أما اليوم، فهناك الملايين غيرهم ممن يعملون يوميا فى جميع أنحاء العالم ، وفى جميع قطاعات المجتمع. وفى المناطق الفقيرة ، قد يوفر الأطفال العاملون جزءا ضروريا من الدخل الإجمالى للعائلة. أما فى بعض الحالات ، فهم يوفرون الدخل الوحيد للأسرة. ومع ذلك، فهم يتعرضون للإيذاء والاستغلال ، والتجاهل نمطيا من قبل التقارير الاقتصادية والاجتماعية.

أمارانث (Amaranth) طفل عامل من ولاية أودار براديش الهندية ، أرسله والده فى سن الثامنة ليتعلم حرفة نسج السجاد. كان رئيس العمل الذى قام بتعيين أمارانث قد أخبر والده بأن الصبى سيحصل على الملبس ، والغذاء ، وعلى أجر قدره ٣٥٠ روبية (نحو ١٢,٥٠ دولارا) شهريا يتذكر أمارانث ما حدث قائلا:"استغرق الأمر منى شهرين لكى أتعلم الحرفة ، لكنى لم أتلق أجرا طوال هذه المدة. كان علينا أن نعمل فى نسج السجاد طوال اليوم، وأحيانا حتى منتصف الليل. لم يكن مسموحا لنا أن نستريح خلال النهار. أما إذا عملنا ببطء ... فكنا نضرب بالعصى ... على ظهورنا. اعتاد الرجل أن يحبسنا فى إحدى غرف المنزل ، وكان هناك تسعة منا فى هذه الغرفة. لم نتناول الخضروات والفواكه الطازجة طوال ثمانية عشر شهرا، ناهيك عن تناول الحليب، بل إنه لم يكن مسموحا لنا حتى بالاستحمام[١٤].

لا تعد قصة أمارانث من الحوادث غير المألوفة ، فكثيرا ما يدفع أصحاب الأعمال للعمال الأطفال جزءا يسيرا مما يدفعونه للعمال البالغين الذين يقومون بالعمل نفسه – هذا إن دفعوا لهم أى مال. وقد يعرضون العمال الأطفال أيضا للإيذاء البدنى والذهنى. ولحسن الحظ ، فقد تمكن أمارانث من الفرار قبل أن يصيبه أذى جسيم بعد نحو سنتين من انخراطه فى العمل. ونادرا ما يكون حظ غيره من الأطفال الذين يعملون فى نسج السجاد بالهند ، والذين يناهز عددهم ثلاثمائة ألف ، حسنا مثله ؛ فهم كثيرا ما يبقون مع صاحب العمل حتى أوائل سنوات المراهقة ، وهم يعملون فى أكواخ

مظلمة ومزدحمة لمدة ١٤ ساعة أو أكثر يوميا. ونتيجة لذلك، كثيرا ما يعانى هؤلاء الأطفال من ضعف البصر ومن مشكلات خطيرة فى الظهر لبقية حياتهم.

ولسوء الحظ، يواجه عدد كبير من العمال الأطفال أخطارا صحية وخيمة ؛ إذ يعمل نحو خمسين ألف طفل فى صناعة الزجاج والأساور والخلاخيل (bangles) الهندية ، قرب أفران تتراوح حرارتها من ٧٠٠ إلى ١٤٠٠ درجة مئوية ، وهم يستنشقون الدخان والغبار ، كما تشيع بينهم الإصابة بالحروق والأمراض التنفسية. وفى البرازيل ، حيث يعمل الأطفال ابتداء من سن الثامنة فى جنى الموز باستخدام المناجل (machetes) ، ليس من غير المألوف أن تسمع بحدوث بتور (amputations) عَرَضية. أما فى بوجوتا ، عاصمة كولومبيا، فمن المعتاد أن يعمل الأطفال فى تفريغ وتحميل قوالب الطوب (القرميد) الساخنة فى مصانع الطوب، كما يعملون باستخدام المتفجرات فى المحاجر.

لكن جميع هذه المخاطر تعد ضئيلة عند مقارنتها باحتمال حدوث الصدمات النفسية التى يواجهها العمال الأطفال. وتذكر التقارير أن الكثيرين يعانون من أعراض الاكتئاب الشديد ، والانطواء، والشعور بتدنى الهوية الشخصية. وبالإضافة إلى ذلك ، فباعتبار أن هؤلاء الأطفال لا يمتلكون الوقت الكافى لفعل أى شئ سوى العمل والنوم ، يصبح نموهم العقلى والاجتماعى محدودا، وتصبح قدرتهم الإبداعية مكبوتة. ونظرا لافتقارهم للتعليم وللمهارات الاجتماعية والذهنية ، يصبح محكوما على أولئك الأطفال أن يعيشوا حياة من الكدح والفقر.

استنت أغلب الدول تشريعات تمنع أو تحظر تشغيل الأطفال ، لكن قليلا منها فقط هى القادرة على فرض تطبيق هذه القوانين بالقوة. ويتطلب التعزيز الفعال للقوانين قوى عاملة كبيرة العدد ومخلصة ، والتى لا ترغب أغلب الدول فى توظيفها. وبالإضافة إلى ذلك ، فكثيرا ما تجلب الصناعات التى يعمل بها أولئك الأطفال للبلد قدرا من العملة الصعبة التى تحتاج إليها البلد بشدة ، ولذلك تكون الحكومات مستعدة للتغاضى عن الاستغلال الذى يتعرض له أولئك الأطفال. وفى نهاية الأمر ، تعد هذه النظم سخيفة بالنسبة للآباء الذين يعجزون ، برغم أنهم يعملون، عن توفير المال الكافى - بمفردهم - لتلبية احتياجات الأسرة.

يعتقد البعض أن تشغيل الأطفال سيصبح غير ذى ضرورة مع ازدياد معدلات الدخل الفردى للدول. وهم يناصرون فكرة أن الحكومات تشرّع تشغيل الأطفال وتمنحه نفس حقوق ووضع تشغيل الكبار. وفى الحين الذى سيساعد فيه هذا المسلك فى تحسين الأجور ، ويعزز من استقرار الوظائف وفوائد التوظيف ، فلن يزيل احتمال وقوع الاستغلال البدنى والذهنى. ولا يجب أن تسمح لنا فكرة أن تشغيل الأطفال شر لابد منه فى سبيل التنمية الاقتصادية ، بتجاهل الظروف الخطيرة والمعاملة السيئة التى تكتنف تشغيل الأطفال فى يومنا هذا [١٥].

إطار ٧-٤: ممارسة الأطفال للدعارة (Child Prostitution)

في السنوات الأخيرة ، ازدادت معدلات ممارسة الأطفال للدعارة بصورة هائلة ، ويرجع ذلك جزئيا إلى الاعتقاد بأن الأطفال الذين يمارسون الدعارة هم أقل احتمالا للإصابة بالإيدز. وتشير التقديرات الأولية إلى أن عدد الأطفال الذين يمارسون الدعارة يتراوح بين مئات الألوف وبين الملايين. وتتركز أكبر أعداد هؤلاء الأطفال في تايلاند ، والهند ، والبرازيل، والفيلبين. وفي هذه البلدان ، يكون معظم الزبائن من السياح ، الذين يتكون قسم كبير منهم من رجال الأعمال المتزوجين من الطبقة الوسطى ، والذين يأتون من البلدان الغنية ، بما فيها اليابان.

وقد يبلغ سن الأولاد والبنات الذين يدفع هؤلاء السياح نقودهم مقابل خدماتهم الجنسية سنا صغيرة حتى السادسة ، وبعضهم من أطفال الشوارع الذين تعلموا أن ممارسة الجنس مع السياح ستوفر لهم النقود التي يحتاجون إليها بشدة للبقاء على قيد الحياة ، بينما تعرض البعض الآخر للخطف من بيوتهم ، ثم للبيع إلى القوادات (madams) ، واللاتي يبقى الأطفال معهن بعد ذلك كأرقاء جنسيين (sex slaves) حتى يكبرون بحيث لا يلفتون نظر الزبائن. وهناك أيضا الأطفال الذين أرسلهم آباؤهم إلى المدينة مع صاحب عمل موثوق ، معتقدين أن الطفل سيحصل على وظيفة جيدة الأجر كسكرتير أو كساق في حانة. وقد نشر عدد من التقارير مؤخرا عن آباء يعمل أبناؤهم في الدعارة برغبتهم. وقد ذكر تقرير حديث نشر في جريدة "نيويورك تايمز" قصة طبيبة الأطفال الفيتنامية ، الدكتورة هوا، التي كانت مذهولة ومندهشة من ازدياد عدد الآباء الذين يأتون بأطفالهم الممارسين للدعارة طلبا للعلاج قالت الدكتورة هوا : " حضر إليّ أحد الآباء مع ابنته البالغة من العمر اثنى عشر عاما ، والتي كانت تنزف من جروحها ، كانت ممزقة كما لو كانت ولدت للتو ، وقال والدها: لقد حصلنا على ثلاثمائة دولار ، وهذا يكفي... يمكنها الآن أن تتوقف عن ممارسة هذا العمل." وفي مناسبة أخرى ، سألت الدكتورة هوا والد طفلة في الحادية عشرة كيف ترك ابنته تمارس الدعارة ، فأجابها الرجل:"بادئ ذي بدء، نحن نعيش في فقر مدقع ، وهذا هو العمر المناسب بالنسبة لها لكي تفعل ذلك ، فهي أصغر من أن تتعرض للحمل." وعندما سألت الدكتورة هوا عن مستقبل هذه الطفلة ، أجيبت :"إنها صغيرة للغاية ، وستكبر وتنسى ".

تتضاعف شدة الصدمات البدنية والنفسية التي يتعرض لها أولئك الأطفال بخطر متزايد للإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا. وقد اكتشف أحد الاستقصاءات أن أكثر من ٥٠٪ من الأطفال التايلانديين الذين يمارسون الدعارة هم موجبين للفيروس HIV، كما إن نسبة إصابتهم بالأمراض الجنسية الأخرى لا تقل بحال عن هذه المعدلات.

يطلب بعض الزبائن أكثر من مجرد الجنس من هؤلاء الأطفال ، وقد حدثت المناقشة التالية عبر الهاتف بين أحد العملاء السريين لشرطة مدينة لوس أنجلوس الأمريكية ، وبين أحد مجامعى الأطفال(*)

– "أريد طفلة فى العاشرة من عمرها"

– " طفلة صغيرة فى العاشرة "؟

– " نعم ، ممتاز، بالإضافة إلى واحدة أخرى فى السادسة أو الثامنة ، ما رأيك... "؟

– " أعتقد أننى أعرف طفلة فى العاشرة ، لكنى إذا استطعت العثور على واحدة فى الثامنة ، سأحاول".

– "وهو كذلك"

– " وهو كذلك ، وأنت تريد أن تمارس الجنس معها"؟

– " نعم ، نعم ؛ أريد أن أمارس معها ، لو أمكن ، ممارسة جنسية شاذة (hard sex)"

– "ممارسة جنسية شاذة للغاية "؟

– " نعم ، هل يمكننا أن نفعل كل ذلك "؟

– " بإمكانك أن تفعل بها ما تشاء"

– " وبعد أن تمارس الفتاة الجنس، ستموت".

– " أتريد أن تقتل الفتاة"؟

– " نعم ، فماذا يحدث عندما تموت "؟

– " سيكون علينا أن نجد طريقة لإخفاء الجثة ".

– " حسنا ، وكم تكلفنا العملية كلها "؟

ولحسن الحظ ، فقد ألقى القبض على هذا الرجل ، وأدين فحكم عليه بالسجن مدى الحياة(١٦)، لكن أغلب أمثاله لا يلقى القبض عليهم على الإطلاق.

بدأت المنظمات ، مثل منظمة إنهاء دعارة الأطفال فى السياحة الآسيوية (End Child Prosti-tution in Asian Tourism) ، فى مكافحة ممارسة الأطفال للدعارة وزيادة الوعى الجماهيرى بالمشكلة. وتهدف حملة إنهاء استغلال الأطفال فى تايلاند ، وهى مجموعة مؤلفة من ٢٤ هيئة حكومية

(*) (pedophile : من لفظة pedophilia بمعنى الاشتهاء الجنسى لطفل من قبل أحد البالغين – المترجم) الإيطاليين :

وخاصة ، إلى كشف الروابط الموجودة بين أوروبا وبين تجارة الجنس فى الأطفال فى العاصمة بانكوك. وفى عام ١٩٩٢ ، نجح التحالف فى إغلاق وكالة لحجز تذاكر الطيران كانت توفر المتع غير المشروعة لمجامعى الأطفال الأوروبيين.

فى مثل هذا الاتجاه ، قد يكون أنجع الحلول هو الحد من تدفق الزبائن. وقد أعلنت الحكومة الأسترالية الحرب على سياحة الجنس غير المشروعة ، كما استهدفت الشرطة الاتحادية شركات السياحة التى تروج لمجامعة الأطفال (pedophilia). وفى فرنسا والدول الاسكندنافية ، يحظر القانون التعامل مع الأطفال الذين يمارسون الدعارة ، سواء كانوا مواطنين أم أجانب. ويوضح فرانسوا لوفور (Lefort) ، وهو قس فرنسى ظل يحارب ممارسة الأطفال للدعارة فى جميع أنحاء العالم ، الحجم الهائل للمشكلة بقوله : " ليست هذه المشكلة قاصرة على بانكوك ، أو كولومبو، أو مانيلا... فهى مشكلة أيضا فى باريس ، وبروكسيل ، وروما... إنها مشكلة ذلك الرجل الأبيض اللطيف المحترم ، والذى يذهب إلى هناك ليتحرش بأولئك الأطفال."(١٧).

التخلف العقلى (Mental Retardation)

يعرف التخلف العقلى فى الدليل ICD-10 على أنه :" حالة من النمو المتعطل أو غير المكتمل للملكات الذهنية"(٢١). ويبدأ ظهوره فى سن الطفولة ، ويتسم بتعطل المهارات التى تكوّن الذكاء: أى القدرات المعرفية ، واللغوية ، والحركية ، والاجتماعية. ويقسم حسب الشدة إلى أربعة أنواع : البسيط (mild) ، والمتوسط (moderate) ، والشديد (severe) ، والبالغ الشدة (profound) .

يظهر التخلف العقلى البسيط فى سن الدراسة أساسا ؛ حيث تكون القدرات الأكاديمية أقل بكثير من المتوسط. ويمكن مساعدة كثير من أولئك الصغار من خلال التعليم الخاص فى المدارس ، لكنهم لن يصلوا إلى المعدلات الدراسية الطبيعية. ومع ذلك ، سيصبح كثير منهم قادرين على العمل المهنى غير البارع (unskilled) أو شبه البارع عندما يكبرون ، كما يمكن أن يتقنوا فن رعاية أنفسهم. وعند استخدام اختبارات حاصل الذكاء (IQ) القياسية ، تتراوح معدلات أفراد هذه المجموعة بين ٥٠و٦٩ .

ويشخص التخلف العقلى المتوسط بتعطل النمو اللغوى ومحدوديته. ويتطلب الأشخاص المصابون بهذا النوع من التخلف مراقبة مستمرة طيلة حياتهم. وتعتبر

الأعراض والعلامات العصبية والإعاقات الجسدية شائعة. ويمكن العثور فى أغلبهم على أمراض عضوية يمكن اكتشافها فى الدماغ. ويتراوح حاصل الذكاء بين ٣٥و٤٤ .

ويرتبط التخلف العقلى الشديد (حاصل الذكاء بين ٢٠-٣٤) والبالغ الشدة (حاصل الذكاء أقل من ٢٠) ، فى أغلب الحالات، بتعطل ملحوظ فى الوظائف العصبية الحركية (neuromotor) ، ويظهر مراضة فى الجهاز العصبى المركزى ، إضافة إلى أمراض عضوية يمكن اكتشافها. ولا يكتسب الأطفال المصابون بالتخلف العقلى الشديد والبالغ الشدة سوى قدر ضئيل من الفهم للغة ، إن وجد. وهم يحتاجون للرعاية طيلة حياتهم فى أماكن معدة للتعامل مع إعاقاتهم الجسدية.

يقدر أن معدل انتشار التخلف العقلى يزيد بضعفين إلى ثمانية أضعاف فى البلدان منخفضة الدخل عنه فى الدول الصناعية[٢٢]. ويقدم الجدول ٧-١ بيانات عن معدلات انتشار التخلف العقلى الشديد فى سبع من الدول النامية ، بينما يقدم الجدول ٧-٢ بيانات عن التخلف العقلى البسيط ، والمتوسط ، والشديد فى الصين.

ومقارنة بتلك البيانات ، تتراوح معدلات التخلف العقلى الشديد فى البلدان الغربية بين ٣-٥ لكل ألف طفل[٢٣].

جدول ٧-١: التخلف العقلى الوخيم (Serious M.R.) فى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣-٩ سنوات .

البلد	عدد الأطفال قيد البحث	معدلات التخلف العقلى الخطر/١٠٠٠ طفل
الفيلبين	١٠٠٠	٥,٠
بنجلادش	٩٨٧	١٦,٢
سريلانكا	٩٦٦	٥,٢
ماليزيا	٩٨١	١١,٢
باكستان	٩٥٥	١٥,١
البرازيل	١٠٥٠	٦,٧
زامبيا	١١٣٩	٥,٣
الإجمالى	٧١١٨	

المصدر: Stein et al.,1986

جدول ٧-٢: معدلات تفشى التخلف العقلى فى الصين (فى الألف ، مرتبة حسب درجة الشدة) .

المنطقة	عدد الأطفال قيد البحث	شديد	متوسط	بسيط
شنغهاى	٤٦٣,٢٠٢	٠,٢٩	٠,٩٨	-
نانكنج	١١٦,٥٢٢	٠,٢١	١,٣١	١,٨٤
المناطق الاثنا عشرة	٥١,٩٨٢	٠,٤٠	٢,٦٠	-
منطقة شانجكوا فى بكين	٧,١٥٠	٠,٧٠	٢,٢٤	٤,٩٠
سيخوان	٢٨٧,٩٨١	٠,٤٦	٢,١٠	٢,٨

المصدر: Tao,1988.Am.J. on MR, a publication of the American Association on MR

تنتشر الأخطار البيئية المسببة للتخلف العقلى بصورة أكبر فى البلدان الفقيرة. ويمكن تصنيف الأسباب الرئيسية للتخلف العقلى حسب الوقت الذى تؤثر فيه على الجنين النامى أو الطفل ؛ وبذلك يمكن تقسيمها إلى أسباب قبل الولادة (prenatal)، وحول الولادة (perinatal) ، وبعد الولادة (postnatal) (انظر جدول ٧-٣).

جدول ٧-٣ : الأسباب الرئيسية للتخلف العقلى

١ . قبل الولادة

١,١ وراثية

١,١,١ الشذوذات الكروموسومية (chromosomal abnormalities)

متلازمة "داون" (Down's syndrome)

متلازمة الكروموسوم Xالهش (fragile X syndrome)

٢,١,١ الاضطرابات الاستقلابية التى تؤثر على:

الأحـمـاض الأمـينيـة (مـثل بيـلة الفنـيل كـيـتـون (PKU) والبـيـلة الهوموسستينية (homocysteinuria)

الشحوم (مرض تاى – زاكس : Tay-Sachs disease)

الكربوهيدرات (مثل البيلة الجلاكتوزية : galactosuria)

البيورينات (متلازمة ليش – نيهان : Lesch-Nyhan syndrome)

١ , ١ , ٢ العيوب الخلقية بالدماغ (brain malformations)

عيوب الأنبوب العصبى (neural tube defects)

موه الرأس (hydrocephalus)

صغر حجم الرأس (microcephalus)

١ , ٢ التلف قبل الولادة (antenatal damage)

العداوى (الحصبة الألمانية ، الفيروس المضخم للخلايا (CMV) ، مرض المقوسات [toxoplasmosis])

متلازمة الكحول الجنينية

التلف الجسدى (الإصابة ، الإشعاع ، نقص التأكسج [hypoxia])

خلل وظيفة المشيمة (تسمم الحمل ، تعطل النمو الناتج عن سوء التغذية)

الاضطرابات الصماوية (قصور الدرقية [hypothyroidism])

حالات العوز (نقص اليود)

٢ . التلف حول الولادة (perinatal damage)

أسفكسيا الولادة

مضاعفات الابتسار
اليرقان النووى (kernicterus)
النزف داخل البطينى (intraventricular)
٣ . التلف بعد الولادة (postnatal damage)
الإصابة (الرضح الناتج عن حوادث السيارات والآلات ، وإساءة معاملة الأطفال [child abuse])
التسمم (بالرصاص ، أو الزئبق ، أو الكيماويات المنزلية)
العداوى (التهاب الدماغ [encephalitis]، التهاب السحايا [meningitis])

المصدر : Adapted from WHO,1993 a

هناك الكثير من الأسباب التى يمكن منع وقوعها بين هذه المسببات. وتتكون متلازمة الكحول الجنينية (fetal alcohol syndrome) من تعطل الوظائف المعرفية ، وتعطل النمو[٢٤]. وتنتج عن زيادة استهلاك الأم للكحول خلال الثلث الأول للحمل. ويبدو أن شدة التخلف العقلى ترتبط بوجود الشذوذات الوجهية (facial abnormalities) . وتبلغ معدلات خطر إصابة الجنين بالتأثيرات السامة للكحول نحو ١٠٪ بالنسبة للسيدات اللواتى يتعاطين الكحول من مرتين إلى أربعة مرات يوميا فى المتوسط ، و١٩٪ بالنسبة للاتى يتعاطين الكحول أكثر من أربعة مرات يوميا فى المتوسط[٢٥]. وقد قدرت معدلات انتشار هذه المتلازمة باثنين لكل ألف مولود حى فى الولايات المتحدة وأوروبا ، مما يجعلها أكثر شيوعا من متلازمة "داون" (البله المغولى). ويعد ذلك من الكوارث التى يمكن منع حدوثها تماما ؛ ويمكن التقليل منها من خلال التوعية الجماهيرية بأخطار تعاطى الأمهات للكحول خلال فترة الحمل[٢٦]، ووضع ملصقات تحذيرية على زجاجات المشروبات الكحولية ، وفرض ضرائب مرتفعة على الكحول للحد من إمكانية الحصول عليه ، بالإضافة إلى المشورة (counseling) قبل الولادة.

يمكن تقليل معدل حدوث عيوب الأنبوب العصبى بزيادة مدخول الأمهات من حمض الفوليك خلال فترة الحمل[٢٧]. ويمكن لحملات التطعيم الجماعية أن تقى من الإصابة بمتلازمة الحصبة الألمانية (rubella) من خلال إزالة قابلية الأمهات للإصابة بعدوى فيروس الحصبة الألمانية. ويمكن الوقاية من الفدامة (القماءة : cretinism) بواسطة حقن ممتدة المفعول من الزيت المؤيد (iodized) للحوامل اللاتى يعشن فى المناطق التى تفتقر لليود. ويمكن تقليل المخاطر حول الولادية من خلال القابلات المدربات ، تدعمهن إمكانيات المستشفيات المحلية لمعالجة حالات الولادة المتعسرة. ويمكن تقليل التلف بعد الولادة باتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين السلامة البيئية (environmental safety) .

يمكن أن تمنح العائلات المعرضة لخطر إصابة أبنائها بالاضطرابات الخلقية (الولادية) ؛ مثل متلازمة "داون" ، ومتلازمة الكروموسوم X الهش ، وعيوب الأنبوب العصبى ، ومرض تاى - زاكس، لإجهاض الأجنة المعيبة ، وبالتالى أن تحصل على أبناء طبيعيين باعتماد اختبارات الغربلة (screening tests) قبل الولادية ، والتى يليها تأكيد التشخيص للحالة الصحية للجنين. وتهدف المشورة الوراثية لتوفير المعلومات التى يحتاجها الآباء لاتخاذ القرارات الشخصية. ويمكن معالجة أمراض مثل بيلة الفنيل كيتون ، والبيلة الجلاكتوزية ، وقصور الدرقية ، باختبارات الغربلة لحديثى الولادة ، وتوفير الرعاية الغذائية والطبية الملائمة للأطفال المصابين. ومع ذلك، تتطلب برامج الغربلة لهذه الاضطرابات ، برغم أنها فعالة بالمقارنة بتكلفتها ، استثمار قدر كبير من الموارد الأولية ، مما يجعلها تفوق قدرات الدول الفقيرة.

السلوك العدوانى والمضاد للمجتمع

تواجه العديد من الأمم وباء من السلوك العنيف الذى ينتهجه المراهقون والشباب. وتشمل عوامل الخطر لهذا السلوك ، والتى يرتبط بعضها ببعض ؛ الفقر ، والتعليم المحدود، والعيش فى المناطق والأحياء الفقيرة، والأسر وحيدة الوالد (single-parent)، ووجود تاريخ للإيذاء فى الطفولة ، ووجود سجل لسَجن أحد أفراد الأسرة، والانضمام

لعصابات المراهقين. وتزداد معدلات وقوع الجريمة مع تدنى فرص الحصول على وظائف مشروعة. وتظهر مخاطر إضافية فى البلدان التى تعيش فى ظل الأنظمة القمعية ؛ فقد يتحول المراهقون ، والذين يتم تجنيدهم أساسا للانضمام إلى حركات المقاومة ، إلى حياة الجريمة عندما تبدو المعركة يائسة. وتعد هذه من المشكلات الكبرى فى مدن جنوب أفريقيا ، حيث ينتج العنف غير المبرر من قبل الشرطة ردود فعل عنيفة بين الشباب. وفى أغلب الأحيان ، ينصب غضبهم على بنى جلدتهم من الأفريقيين – وليس من يقومون بقمعهم ، والذين يتمتعون بقوة الأسلحة النارية المرعبة. كان الاعتداء (assault) ، على أيدى قوات الشرطة فى الغالب، هو أكبر الأسباب المنفردة لوفيات المواطنين السود الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠و١٤ عاما فى جنوب أفريقيا.

كما ذكرنا فى الفصل الخامس، تجادل الطبيبة الجنوب أفريقية ، مفيلا رامفيل (Ramphele) ، بأن تأثير العنف على شخص ما يعكس التفاعل بين تجربة العنف وبين استراتيجيات التكيف (coping strategies) التى ينتهجها هذا الشخص[٢٨]. وتساعد ضغوط الأقران فى المحافظة على تماسك العصابة ، نظرا لأهمية الشعور بالانتماء فى عالم لا يقع فيه الشباب فى محور اهتمام البالغين. ويتم تطبيق العقاب الجسدى (corporal) فى مدارس جنوب أفريقيا بصورة واسعة ؛ ويشكو الأطفال من عشوائية وقسوة الضرب الذى يتعرضون له. ويستجيب بعضهم لذلك بتهديد المدرسين ؛ كما تنتشر الأنشطة العصابية (gang activities) فى بعض الأحيان إلى قاعات الدراسة. ومن بين المتغيرات التى تؤثر على ردة فعل المراهقين المنفردين تجاه الفقر والعنف المحيطين بهم ، تشير بيانات الدكتورة رامفيل إلى أن الملكات الفردية ، مثل الذكاء والجاذبية الاجتماعية ، وديناميات أسرة الشاب ، تعد من العوامل المؤثرة (انظر إطار ٥-٣).

لن يختفى السلوك الإجرامى للمراهقين فى جنوب أفريقيا نتيجة لسياسة التفرقة العنصرية بصورة آلية ، وذلك لمجرد أنه قد تم إقامة مجتمع ديمقراطى متعدد الأعراق. ومن بين التحديات العديدة التى تواجه جنوب أفريقيا الحديثة ، سيكون تأهيل جيل كامل حرم من الفرص التعليمية ، ويمتلك مهارات توظيفية محدودة ، ويشعر بالمرارة من المعاملة الوحشية التى تعرضوا لها.

مرض الصَرَع (Epilepsy)

النوبة الصرعية (seizure) ، أو التشنجية ، هى العرض الإكلينيكى لوجود إشارات عصبية شاذة ومفرطة من الخلايا العصبية فى الدماغ. وتصنف النوبات الصرعية إلى نوبات محرضة (provoked) (أى أنها ثانوية لمرض آخر ، مثل الاحتشار بالطفيليات ، أو الأورام الدماغية) ، وغير محرضة (مجهولة السبب:idiopathic) (أى دون وجود مرض مرسب أو إصابة يمكن التعرف عليها). ويعد الصرع مرض يتسم بنوبات صرعية غير محرضة ومتكررة. وتبلغ معدلات انتشار الصرع من ٤-٨ لكل ألف من السكان فى البلدان الصناعية ؛ أما فى الدول النامية التى تمت فيها دراسة معدلات انتشار هذا المرض (أمريكا اللاتينية وأفريقيا) ، فقد بلغت تلك المعدلات من ثلاثة إلى خمسة أضعاف مثيلاتها فى الدول الصناعية. ومع ذلك ، فهناك تباين مذهل فى معدلات الانتشار المبلغ عنها. وعلى سبيل المثال ، تراوحت معدلات الانتشار التى ذكرتها دراسة أجريت فى الهند واستغرقت أربع سنوات (فى مقاطعات بنجالور، وبارودا، وكلكتا، وباتيالا) ، بين ١,٢٨ فى الألف فى بارودا ، و٧,٨٢ فى الألف فى بنجالور[٢٩]. وليس معروفا القدر الذى يعكسه هذا التباين من طرق الاستقصاء غير الموثوقة ، ولا القدر الذى يعكسه من الاختلاف الفعلى فى معدلات الانتشار[٣٠].

تشمل الأخطار المتعلقة بارتفاع معدلات انتشار الصرع ؛الشلل المخى (cerebral palsy) والتخلف العقلى ، واضطرابات الحمل والولادة ، ووجود تاريخ عائلى للإصابة بالصرع ، وعداوى الجهاز العصبى المركزى التالية للولادة ، والإصابات الدماغية. وتعكس معدلات الانتشار المرتفعة الموجودة فى البلدان النامية وجود عدد أكبر من التأثيرات السلبية داخل الرحم ، واحتمالية أكبر للإصابة ، وعدم القدرة للوصول إلى العلاج ، والإصابة بالأمراض الطفيلية (انظر إطار ٧-٥). ويمكن أن تبقى غالبية المصابين بالصرع غير المحرَّض (٧٠٪) دون التعرض للنوبات بعد التوقف عن تناول العلاج. وعلى عكس الخرافة السائدة ، لا يتعطل الذكاء بفعل الصرع وحده[٣١]. ومع ذلك ، يرتبط الصرع الطفلى بزيادة قدرها أربعة أضعاف فى خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية. وذكر تقرير ماتوجا (Matuja) أن ٦٠٪ من بين الحالات

المتعاقبة للتحويل إلى عيادة الأمراض العصبية لتشخيص الصرع ، والبالغ عددهم ٢٣٠، كانوا مصابين باضطراب نفسى يحتم تقديم العلاج[٣٢]. كان الأشخاص الذين تم عزو إصابتهم بالصرع كنتيجة لوجود آفة دماغية ، أكثر احتمالا بأربعة أضعاف لإظهار علامات المرض النفسى. وفى المقابل ، كانت الآفات الدماغية والاضطرابات النفسية شديدة الارتباط بتدنى المستوى الاجتماعى وكثيرا ما يتوجه مرضى الصرع الذين يتعرضون لنوبات متكررة ، لطلب الرعاية الصحية على إثر إصابتهم بحروق شديدة نتيجة لسقوطهم إلى نار مواقد الطهى. وبالفعل ، فقد أطلق على الصرع اسم "مرض الحروق" (the burn disease). وفى دراسة للمتابعة استغرقت ثلاثين سنة لمرضى الصرع من أفراد شعب البوجورو (Pogoro) فى تنزانيا ، وجد جليك-آل (Jilek-Aal) ورويزا (Rwiza) أن معدلات البقاء على قيد الحياة فى أولئك المرضى كانت تقل بكثير عن المعدلات المعتادة فى تنزانيا[٣٣]. وتمثلت أكبر أسباب الوفيات شيوعا فى حالة الصرع المستمر (status epilepticus) (١٧٪) ، والغرق (١٣٪) ، والحروق (٦٪) ، والأسباب الأخرى المتعلقة بالصرع (٣٣٪). ويخلص المؤلفون إلى أن المرضى وعائلاتهم فى المناطق الريفية من أفريقيا يحتاجون إلى التوعية بالسلامة (safety education) فيما يتعلق بالأنشطة اليومية البسيطة مثل جلب المياه من البئر ، والطهى فوق نار اللهب، وصيد الأسماك.

حددت الأبحاث الإكلينيكية تلك العقاقير المضادة للاختلاجات (anticonvulsants) التى تسمح بالمعالجة الناجحة لأغلب المصابين باضطرابات الاختلاجات الصرعية وتتطلب فعالية عقاقير بعينها لأنواع معينة من الصرع (مثل الاختلاجات العمومية مقابل الجزئية) معايرة (titration) نوع العقار وجرعته. ومع ذلك ، يتيح

إطار ٧-٥: الصرع والعداوى فى الإكوادور

يعد الصرع (epilepsy) من المشكلات العصبية - النفسية الكبرى فى أغلب دول العالم النامى. ويمكن علاجه بفاعلية وبكلفة زهيدة بالفينوباربيتال (phenobarbital) ؛ فيمكن أن يصبح نحو ٨٠٪ من المصابين بالاختلاجات العمومية ، وهى أكثر أنماط الصرع

شيوعا، خالين من الاختلاجات باستخدام هذا العقار المنفرد ومع ذلك ، فبرغم كلفته الزهيدة، فكثيرا ما لا يتوافر هذا العلاج بالنسبة للمجموعات السكانية الفقيرة ولا يقتصر الأمر هنا على استمرار الاختلاجات (النوبات) الصرعية ، مع ما يليها من آثار مثل الغرق ، والحروق، والكسور ، والسحجات ، بل إن أولئك المصابين بالصرع قد يوصمون بأنهم "ممسوسون" (possesed) ، مع عزلهم من قبل المجتمع المحلى.

تبلغ معدلات انتشار الصرع فى البلدان النامية أضعاف مثيلاتها فى الدول الصناعية نتيجة للمعدلات المرتفعة للإصابة بمضاعفات الحمل والولادة ، وبالعداوى البكتيرية والطفيلية للدماغ ، والإصابات الفيزيائية للجهاز العصبى المركزى والسيطرة على الأعراض المرضية بالأدوية هى العلاج الوحيد عندما لا يكون سبب الإصابة بالصرع معروفا ، لكن عندما يكون الصرع ثانويا لحالة مرضية مستبطنة، يكون علاج الحالة المرضية الأصلية والوقاية منها هما مفتاح العلاج وتتميز الوبائيات العصبية (neuroepidemiology) للصرع بنمط فريد لكل دولة بعينها. وتعد الدراسة المتأنية للعوامل السببية فى بلد ما ، خطوة أولى هامة فى تصميم برامج الوقاية من الصرع فى هذا البلد بالذات.

ومن الأمثلة الغالبة لمثل هذه البرامج ، نجد الوبائيات العصبية للإصابة بالكيسانية المذنبة (cysticercosis) فى الإكوادور. ويتراوح معدل انتشار الصرع فى المناطق الريفية من الإكوادور بين ٢و٣٪ (وهو ما يزيد بأربعة إلى ستة أضعاف عن مثيله فى الدول الصناعية). وقد أظهرت دراسة سكانية متأنية (اعتمدت التصوير الطبقى المحوسب [CT] كمعيار تشخيصى) شملت المناطق الريفية القريبة من العاصمة ، أن ٥٠٪ على الأقل من حالات الصرع ناتجة عن إصابة الدماغ بالأطوار اليرقية (larval) للشريطية الوحيدة (Taenia solium) ، وهى الدودة الشريطية للخنزير. والإنسان هو العائل النهائى (defini-tive host) فى دورة حياة الدودة الشريطية للخنزير: فتوفر الفضلات البشرية مصدر العدوى للخنازير. ويقوم الخنزير ، بدوره ، بنقل الطفيلى إلى الإنسان عندما يتم تناول لحم الخنازير المصابة بالعدوى. ويمكن علاج الديدان الشريطية التى تصيب الإنسان أو الخنازير بفعالية بعقار البرازيكوانتيل (praziquantil) ، والذى يتمتع بسمية منخفضة للغاية.

يقدم العلاج الدوائى أساسا لبرامج المكافحة القصيرة الأمد فى المناطق التى يتوطن فيها المرض. أما بالنسبة للمكافحة الطويلة الأمد للمرض، فلابد من تطبيق الممارسات الحديثة للتخلص من الفضلات ولتربية الخنازير ، بالإضافة إلى المراقبة الفعالة للحوم ، وتحسين وسائل الصرف الصحى، ووضع نظام للرعاية الصحية الأولية يمكنه تشخيص ومعالجة الأشخاص المصابين بالمرض. ويتطلب هذا وقتا وموارد مالية لا تتوافر للكثير من البلدان النامية.

فى أحد برامج الصحة العامة للوقاية القصيرة الأمد ، قام الدكتور مارثيلو كروز (Cruz) وزملاؤه فى الإكوادور بمعالجة ١٠.٠٠٠ شخص من سكان قريتين بعقار البرازيكوانتيل. وكمقياس للفعالية ، قام الباحثون بتحديد مستويات العدوى فى الخنازير قبل العلاج وبعده بعام. وقد انخفضت معدلات انتشار العدوى فى الخنازير من ١١,٤٪ إلى ٢,٦٪. بلغت تكاليف علاج الفرد الواحد من الديدان نحو ٠,١٠ دولار أمريكى ، أى ١/١٥٠ من تكاليف علاج حالة واحدة من الإصابة بعدوى الكيسانية المذنبة.

وتبقى العديد من الأسئلة البحثية المهمة دون إجابة. فما هى الفترة الزمنية المثلى للعلاج الجماعى للديدان فى القرى ؟ ولماذا تختلف المظاهر المميزة للمرض بصورة جذرية فى الهند، وأفريقيا، والإكوادور؟ فتكلس العضلات ينتشر فى الهند ، بينما تنتشر العقيدات الجلدية (skin nodules) فى أفريقيا ، والأنماط المخية للمرض فى الإكوادور. وكم تبلغ نسبة حالات الصرع الناتجة عن العدوى بالكيسانية المذنبة فى الهند وأفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى؟ ونحن لا نعرف الإجابة. فلا تزال هناك حاجة لإجراء دراسات التصوير الطبقى المحوسب على مستوى السكان ككل.

ويمكننا تعلم الكثير من المقارنات المتأنية بين الدول فيما يتعلق بمعدلات الحدوث ومعدلات الانتشار للأمراض العصبية ، كما هو الحال فى المثال السابق الذكر. ويمكن أن تلقى المقارنات بين الاختلافات الإقليمية والمتغيرات البيئية ذات الصلة بالموضوع ، بعض الضوء على العوامل السببية ، كما يتيح تطوير برامج مكافحة الأمراض.

أقل تلك العقاقير كلفة ، وهو الفينوباربيتال (phenobarbital) ، علاجا ناجعا للاختلاجات فى أغلب الأطفال المصابين بالصرع ويمكن وصف الفينوباربيتال من قبل العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية باتباع بروتوكول علاجى محدد ومع ذلك ، فللعقار آثاره السامة ، مثل استثارة فرط الحركة (overactivity) فى الأطفال ، كما أن هناك نقصا فى كمياته فى كثير من الأحيان. ونتيجة لذلك ، يوصى شورفون (Shorvon) وفارمر (Farmer) بتوافر عقاقير أخرى مثل الفنيتوين (phenytoin) برغم أنها أكثر تكلفة[٢٤]. وفى دراسة أجريت فى المناطق الريفية وشبه الحضرية فى كينيا، أصبح نصف مرضى الصرع البالغ عددهم ٢٥٠ خالين من الاختلاجات (sei-zure-free) ، كما أصيب ٢٥٪ آخرون بعدد أقل من الاختلاجات بعد ستة شهور من علاجهم على أيدى العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية[٢٥]. ويتركز الخطر الأساسى المتعلق بالفينوباربيتال فى الاختلاجات الانسحابية (withdrawal seizures)

إذا تم إيقاف تناول العلاج بصورة مفاجئة؛ وهى من المشكلات الخطيرة ، نتيجة لعدم اعتمادية التموين الدوائى فى البلدان ذات الأنظمة الصحية التى لا تتمتع سوى بقدر هامشى من التمويل. ولابد من تحويل أولئك الذين لا يستجيبون للعلاج على مستوى القرية ، إلى مراكز علاجية أكثر تخصصا على مستوى مستشفى المنطقة (district hospital) .

تعد السيطرة على الاختلاجات من الأهمية بمكان بالنسبة لكل من الصحة الاجتماعية والبدنية للطفل. وفى كثير من البلدان ، يتعرض الصرع للوصم الشديد. فقد يعزى إلى "تلبّس" الأرواح الشريرة ، أو انتهاك حرمات الأسلاف. ويمكن أن يمنع المصاب بالصرع من ممارسة أى نوع من التعاملات الاجتماعية. وقد يحظر زواج المصاب وأفراد أسرته. ونتيجة للوصم الذى يكتنف المرض، فكثيرا ما تخفى الأسر أطفالها المصابين به. وقد أظهرت دراسة استقصائية شملت ١٠٥٠٠ منزل فى إحدى مناطق وسط إثيوبيا ، حيث تبلغ معدلات انتشار المرض ٥,٢ فى الألف ، أن نحو ٤٥٪ من أولئك الذين تمت مقابلتهم يعتقدون بأن المرض يمكن أن ينتقل بالتلامس الجسدى مع المريض فى وقت إصابته بالنوبة ؛ كما ذكر ٧٥٪ أنهم لن يسمحوا لأحد أفراد أسرتهم بالزواج من أحد مرضى الصرع ، كما أنهم لن يقوموا بتعيينه للعمل لديهم[٢٦]. وأشارت دراسة مماثلة أجريت فى منطقة هينان بالصين ، إلى وجود توجهات سلبية مشابهة : كان هناك ٨٧٪ ممن شملهم البحث ضد فكرة الزواج ؛ و٥٧٪ ضد السماح لأبنائهم باللعب مع المصابين بالصرع ؛ و٥٣٪ ضد توظيف هؤلاء المرضى. واعتقد ١٦٪ أن الصرع ما هو إلا ضرب من الجنون[٢٧].

لذلك ، فمن المهم أن يتم التعرف على الأطفال المصابين بالصرع. وحتى عندما يُحضر الأطفال طلبا للرعاية الطبية ، فقد تكون المطاوعة للعلاج الدوائى متقطعة أو قد تتوقف كلية. ومن الأسباب التى تؤدى لذلك قدر الوقت المطلوب (ومن ثم فقدان ساعات العمل) لزيارات المتابعة ، حتى عندما يتم توفير الأدوية مجانا. والسبب الثانى هو تكلفة الدواء إذا تم السماح بزيادة أسعار الأدوية ، فتصبح بذلك عبئا ثقيلا على ميزانية الأسرة.أما السبب الثالث فينتج عن الطبيعة المتقطعة للاختلاجات الصرعية. فإذا أصبح المريض خاليا من الأعراض لمدة أسابيع قليلة ، فقد لا يتفهم المريض ولا أفراد أسرته

الحاجة للاستمرار فى تناول الدواء. ويصور آرثر كلينمان (Kleinman) وزملاؤه التجربة الصينية فى العبارات التالية : " تحدث الأزمة الأخلاقية (moral crisis) للصرع نتيجة لإزالة الشرعية عن المريض وأسرته فى بنية العلاقات الاجتماعية التى تؤثر على الزواج ، والحيوية ، وجميع أوجه الحياة الاجتماعية. وبهذا يستنزف الرصيد الأخلاقى للأسرة ولشبكة العلاقات الاجتماعية"[٣٨].

هناك حاجة لتدريب العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية على توعية الآباء والمرضى ، وعلى التحقق من المطاوعة للعلاج خلال زيارات المتابعة أو الزيارات المنزلية. ويمكن للتغلب على الوصمة المتعلقة بالمرض ، من خلال التوعية الجماهيرية ، وتوفير تموين موثوق من الأدوية الملائمة للفرد، وتوضيح أن المريض يمكنه أن يستعيد دوره الطبيعى فى المجتمع بتناول العلاج الملائم ، وتعد جميعها من المكونات الأساسية للرعاية الصحية لهذا الاضطراب (انظر إطار ٧-٥).

يتسم حجم الفجوة الموجودة بين معدلات انتشار الصرع وبين عدد أولئك الذين يتلقون العلاج بالتردد (staggering) . ويوضح جدول ٧-٤ أوجه النقص فى ثلاثة بلدان هى باكستان ، والفلبيين ، والإكوادور.

وبائيات الاضطرابات العقلية فى الأطفال

(Epidemiology of Childhood Mental Disorders)

خلال السنوات الخمسة والعشرين الماضية ، تم إجراء العديد من الدراسات التى استهدفت دراسة معدلات انتشار وتوزيع الاضطرابات العقلية فى الأطفال من عينات مأخوذة من عموم السكان فى أجزاء عديدة من العالم[٣٩]. لكن الأساليب المستخدمة فى تعريف هذه الاضطرابات قد تباينت بصورة ملحوظة. ومع ذلك، وبرغم الاختلافات التى ذكرتها التقارير فى تلك المعدلات، فقد كانت هناك بعض الأنماط المشتركة فى توزيع (distribution) هذه الاضطرابات.

وغالبا ما يتم تقرير إصابة الأولاد فى سن ما قبل المراهقة بالإصابة بهذه الاضطرابات أكثر من البنات المقابلات لهم فى العمر.وتنحصر أنواع الاضطرابات التى تسهم فى تكوين هذا الاختلاف بين الجنسين ، بصورة أساسية ، فى اضطرابات الذكاء (التخلف العقلى، وإعاقات التعلم المحددة،ومرض التوحد [autism])، والاضطرابات السلوكية (فرط الحركة [hyperactivity]، وسوء السلوك). أما خلال مرحلة المراهقة، فتغلق الفجوة الموجودة فى معدلات الانتشار بين الأولاد والبنات ، نتيجة لزيادة معدلات حدوث الاضطرابات العاطفية (القلق والاكتئاب) فى البنات خلال تلك الفترة.وقد كان هناك أيضا نمط مستمر من التوزيع حسب المناطق الجغرافية ، حيث تزداد معدلات الإصابة بالاضطرابات التى تم التحقق منها فى الأطفال من سكان المدن عنها فى تلك التى للأطفال الذين يعيشون فى المناطق الريفية[٤٠].

كانت نتائج الدراسات المحلية (local-area studies) أكثر فائدة من البيانات التراكمية التى تم تجميعها من عموم السكان. وقد وفرت هذه الدراسات ، والتى أجريت فى مناطق مختلفة من العالم ، صورا مختلفة للعبء الذى تمثله الاضطرابات العقلية فى الأطفال والمراهقين.

فى عينة كبيرة الحجم من تلاميذ المدارس الابتدائية فى المناطق الواقعة داخل وحول العاصمة الصينية بكين ، تراوحت معدلات الإصابة باضطراب نقص الانتباه (attention deficit disorder) بين ٣٪ فى المناطق الحضرية ، و٧٪ فى مناطق الضواحى والمناطق الريفية[٤١]. كان هذا الانعكاس (reversal) للتباين النمطى بين المناطق الحضرية / الريفية ، مرتبطا بوضع تعليمى ووظيفى أفضل للآباء فى العائلات الحضرية . وبرغم التأثير المعتبر للمنطقة الجغرافية وللمستوى التعليمى للوالدين،فقد كانت النسبة بين الجنسين ونمط الأعراض المرضية المتعلقة بالاضطراب مشابهة لتلك الموجودة فى الاستقصاءات التى أجريت فى الولايات المتحدة وأوروبا الغربية.

جدول ٧-٤: الفجوة العلاجية للصرع فى ثلاثة بلدان مختلفة .

البلد	معدل الانتشار التقديرى	المرضى قيد العلاج	الفجوة العلاجية (٪)
باكستان	٤٥٠,٠٠٠	٢٢,٠٠٠	٩٤
الفليبين	٢٧٠,٠٠٠	١٤,٠٠٠	٩٤
الإكوادور	٥٥,٠٠٠	١١,٠٠٠	٨٠

المصدر: Shorvon and Farmer,1988:Ellison,1987.

كانت مدينة الخرطوم ، عاصمة السودان، محلا لدراسة تبحث فى تأثيرات التمدن والتحولات الثقافية على معدلات انتشار المشكلات النفسية فى عينات مقطعية من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الثالثة عشرة والخامسة عشرة ، على مدى ١٥ عاما بين عامى ١٩٦٥ و١٩٨٠[٤٢]. وبرغم أن مستوى المعيشة والصحة البدنية للأطفال قد تحسنت بصورة ملحوظة خلال تلك الفترة، فقد ازدادت معدلات انتشار الأمراض النفسية. فقد ازدادت نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة من ٨٪ إلى ١٣٪ من عموم السكان ، بينما انخفضت نسبة الأطفال الذين تم تصنيفهم على أنهم متكيفون بصورة جيدة من ٦٣٪ إلى ٤٧٪. وقد عزا المؤلفون نتائج بحثهم للحداثة (modernization) ، مع ظهور قيم جديدة وزيادة الآمال التعليمية للأطفال.

أكد كل من دراستى بكين والخرطوم على أهمية التفاعل بين الموضع الجغرافى ، والتحولات الثقافية ، والمستوى التعليمى للآباء ، وجنس الطفل ، فى تحديد معدلات الانتشار الملاحَظة للاضطرابات النفسية. وإذا طبقنا نتائج هاتين الدراستين على المدن الأخرى فى آسيا وأفريقيا ، فمن المتوقع أن تظل معدلات انتشار الأمراض النفسية فى الأطفال فى ازدياد ، مع زيادة تحول هذه المناطق إلى التمدن الكامل.

فى دراسة شملت عدة دول (cross-national) لاستقصاء معدلات انتشار المشكلات العاطفية والسلوكية فى الأطفال[٤٣]، قام المدرسون والآباء بتقييم تلاميذ المدارس الابتدائية باستخدام استبيانات قياسية فى اليابان ، والصين ، وكوريا

(٢٫٠٠٠ أو أكثر فى كل من هذه البلدان). كانت معدلات الانتشار فى الأطفال الذين حصلوا على معدلات عالية فى تقييم الآباء ١٢٪ فى اليابان ، و٧٪ فى الصين ، و١٩٪ فى كوريا ؛ بينما كانت تلك المعدلات بالنسبة للأطفال الذين حصلوا على معدلات مرتفعة فى تقييم المدرسين ، ٣٫٩٪ فى اليابان ، و٨٫٣٪ فى الصين ، و١٤٫١٪ فى كوريا. كانت معدلات انتشار العصيان (deviance) أكثر فى الأولاد عنها فى البنات ، خصوصا فى ذوى التحصيل المدرسى المنخفض ، وفى الأطفال الذين يأتون من عائلات وحيدة الوالد. كما كان العصيان من النوع المعادى للمجتمع ، أكثر انتشارا من النمط العُصابى فى اليابان والصين ؛ بينما تساوت معدلات الانتشار للنوعين فى كوريا.

وتقدم دراسة انتحار الشباب فى المناطق المختلفة من العالم طريقة أخرى لتناول المساهمة المتعددة العوامل للنوع (gender) ، والظروف الاجتماعية، والتحولات الثقافية ، فى تسبيب السلوك المرضى. وتقدم المقارنة بين معدلات حدوث الانتحار المكتمل بين بلدان غرب أفريقيا، والجزائر، وسريلانكا، وماليزيا ، صورة معقدة يبدو فيها أن تأثيرات القيم الاجتماعية والمؤسسات المتحولة أكثر أهمية من المراضة النفسية[٤٤].

تحديد الأولويات (Setting Priorities)

يمكن ، من خلال استقراء المعرفة الحالية فى مجال الصحة العقلية فى الأطفال ، التوصل إلى بعض المبادئ العامة التى يمكن أن تنجح لو طبقت من قبل الحكومات والهيئات الملتزمة بتطوير ، أو توسيع الخدمات القائمة بالفعل.

١ . يجب التركيز على الوقاية، والدعم العائلى ، والاكتشاف المبكر للأمراض.

٢ . يجب أن تصبح خدمات الصحة العقلية للأطفال جزءا لا يتجزأ من الرعاية الصحية الأولية. فبدلا من فصل الصحة العقلية عن الصحة الجسدية فى تنظيم الخدمات الصحية ، يجب أن ينظر إليها كجزء أساسى من طب الأطفال. وتمثل المشكلات النفسية جزءا مهما من أسباب التردد على عيادات الرعاية الصحية الأولية للأطفال فى البلدان منخفضة الدخل[٤٥]. وفى البلدان ذات الموارد المحدودة على وجه

الخصوص، لا يقدم استنساخ نظم الخدمات النفسية المنفصلة للأطفال ، المبنية على النماذج الغربية لإرشاد الأطفال ، أى مغزى مقبول.

٣ . هناك حاجة لوجود مقاربات مرتكزة على السكان (population-based) عند تطوير الخدمات الصحية.

٤ . يجب توخى الحذر الشديد قبل استزراع أنظمة تشخيصية من ثقافة ما إلى ثقافة أخرى. وبدلا من الاعتماد الكلى على مجموعات الأعراض المرضية (symptom clusters) (وهى أساس أغلب أنظمة التصنيف من أجل تعريف الاضطرابات المنفردة)، من المهم تخطى حدود وجود الأعراض وصولا إلى مستويات الإعاقة. فالفشل الدراسى ، وعدم القدرة على الخضوع للأعراف الثقافية والمدرسية ، وافتقاد الحظوة لدى الأقران ، والسلوك العنيف ، هى أنواع الأنماط المعطلة التى يمكن توقع ارتباطها بالاضطرابات النفسية.

الوقاية من الاضطرابات العقلية والسلوكية

(Preventing Mental and Behavioral Disorders)

يفرق مسلك الصحة العامة للوقاية بين مستويات ثلاثة للوقاية من الأمراض :

* فالوقاية الأولية (primary prevention) مصممة بحيث تعوق تطور المرض فى المجموعات السكانية المعرضة لخطر الإصابة به. وهى تعتمد التنشيط الصحى (health promotion) (أى تعليم الممارسات الصحية ، ونشر التعليم للجميع من أجل تنشيط النمو المعرفى ، وتقديم التغذية المثلى (optimum) لتعزيز القدرة على مقاومة الأمراض، والدعم الاجتماعى للحياة الأسرية ، والبرامج المعتمدة على الأقران [peer programs] فى المدارس العامة لتقليل معدلات بداية ظهور العادات المضرة بالصحة ، إلخ). والوقاية النوعية (specific protection) (أى التمنيع [immunization]، وتأييد [iodination] ملح الطعام ، وتقديم حقن ذيفان الكزاز (التيتانوس) [tetanus toxoid] أثناء الحمل لمنع وقوع التيتانوس فى حديثى الولادة، إلخ).

صممت الوقاية الثانوية (secondary prevention) لتقصير فترة المرض حال حدوثه ، وتقليل احتمالية العدوى (contagion) ، والحد من التأثيرات الجانبية ، عن طريق التشخيص المبكر والعلاج الفورى (أى استخدام الأدوية النفسانية التأثير والإجراءات النفسية - الاجتماعية لإجهاض الحالات النفسية الحادة). ويمثل علاج المرض الأول (الوقاية الثانوية) فى سلسلة سببية (causal series) أسلوب الوقاية الأولية من الحالات المرضية التى قد تليه - أى استخدام المعالجة بمضادات الاختلاج والرعاية النفسية - الاجتماعية فى علاج المصابين بالصرع من أجل تقليل الحوادث وصعوبات الشخصية ، أو علاج قصور الدرقية الخلقى (hypothyroidism) للوقاية من الإصابة بالفدامة (التقزم : cretinism).

وتوجه الوقاية الثالثية (tertiary prevention) نحو أولئك المصابين بحالات مرضية غير مرتجعة. وتتلخص أهدافها فى الحد من الإعاقة (أى وضع الأطفال الذين هجرهم ذووهم فى المنازل البديلة أو منازل الأهل بالتبنى لمنع حدوث الضرر الناتج عن الحياة فى ملاجئ الأيتام) ، والتقليل من تفاقم المرض المستبطن (أى التوعية النفسية - الاجتماعية لعائلات مرضى الفصام) ، وتنشيط التأهيل (أى التدريب على المهارات الاجتماعية ، والتوجيه المهنى ، وورش العمل المحمية للمراهقين المتخلفين عقليا).

يتركز الهدف فى الحالة الأولى ، فى منع وقوع المرض ؛ وفى الثانية ، فى تقليل مدته بعد وقوعه ؛ أما فى الثالثة، فيتلخص فى المحافظة على أقصى قدر من الفاعلية عندما لا يتوافر أى علاج فعال للمرض نفسه.

تم استخدام طريقة بديلة لفهم الطرق الوقائية ، فى تقرير حديث صدر عن المعهد الطبى ، ويركز التقرير على التقليل من معدلات انتشار الأمراض باستخدام مجموعة من التدخلات المصممة للتقليل من عوامل الخطر ، ولتعزيز العوامل التدعيمية[٤٦]. ويركز هذا المخطط ، كما يظهر فى الشكل ٧-١ ، على أهمية التواصل بين الوقاية ، والعلاج ، والمتابعة.

تنقسم الوقاية إلى قطاعات ثلاثة : العامة ، و الانتخابية (الانتقائية) ، والمستطبة. وتوجه التدخلات العامة (universal) نحو عموم السكان ؛ ومن أمثلتها الرعاية قبل

الولادة للحد من مضاعفات الولادة ، والتمنيع (التحصين) من أجل الوقاية من عداوى الجهاز العصبى المركزى. وتستهدف التدخلات الانتقائية (selective) الأفراد المعرضين لخطر الإصابة بالمرض ، والذين يظهرون علامات أو أعراض مبكرة دالة على اضطراب مرضى وشيك ؛ ويمكن توضيح هذه التدخلات فى مشورة الأقران (peer counseling) المرتكزة على المدرسة ، فيما يتعلق بأخطار إدمان المخدرات ، فى الصف الخامس ، والسادس، والسابع ، وذلك فى المدارس التى تخدم أطفال المناطق التى يوجد فيها عدد من الصغار الذين يوشكون على البدء بتجربة تعاطى المخدرات.

وتتراكب الوقاية المستطبة (indicated prevention) مع الجزء "العلاجى" من مجموعة تدخلات الصحة العقلية. وتوجه برامج الصحة العامة فى هذا القطاع نحو التعرف المبكر على الحالات المرضية ، وعلى العلاج الفورى والفعال للتقليل من فترة المعاناة وللحد من الإزمان. وقد صمم المكون الأخير – أى "المتابعة" (maintenance) – لضمان المطاوعة (compliance) على المدى الطويل فى أولئك المرضى باضطرابات مزمنة، ولتوفير برامج التأهيل للوصول إلى فاعلية محسنة ، ولإعادة دمج الفرد فى المجتمع.

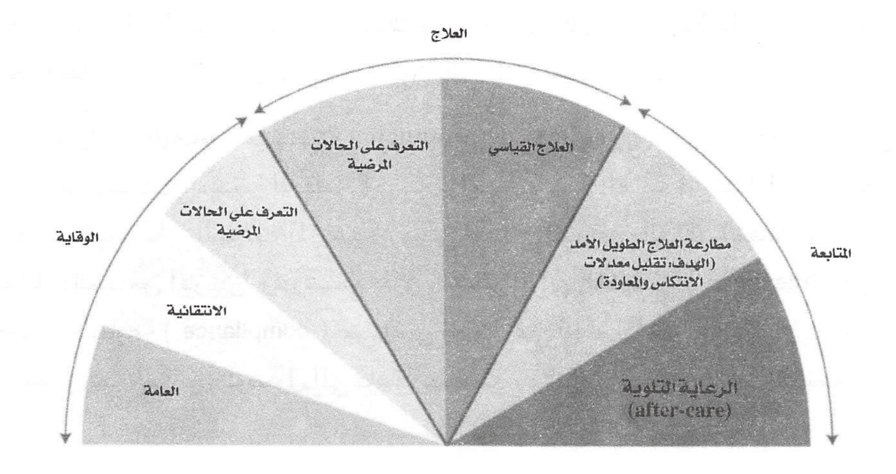
التحرك من أجل الصحة العقلية للأطفال

(Action for Child Mental Health)

تقترح قاعدة البيانات (database) المتوافرة أن للخطط الفعالة للصحة العقلية فى الأطفال مكونات يمكن تطبيقها بصورة عامة. لكن هذه المكونات تتطلب تعزيزا يختلف من بلد لآخر ، ولذا فهى أكثر ملاءمة فى بعض البلدان دون البعض الآخر ، نتيجة للاعتبارات الثقافية ، أو السياسية ، أو الدينية ، أو غيرها. وتشمل هذه المكونات ما يلى :

١– تنظيم الأسرة (Family Planning) : كلما زاد عدد مرات الحمل ، وكلما قصرت المدة الزمنية الفاصلة بينها خلال الفترة التناسلية للمرأة، زادت مخاطر وفيات الأمهات والرضع ، وازدادت محصلات النمو للأطفال سوءا. وتبلغ معدلات وفيات الرضع (infant mortality rates) فى بوليفيا ، والبرازيل، والإكوادور ، وجواتيمالا،

وبيرو ، ضعف معدلاتها فى الحالات التى تقل فيها المدة الفاصلة بين حملين متتاليين عن سنتين ، عنها فى الحالات التى تبلغ فيها تلك الفترات الفاصلة أربعة سنوات أو أكثر(٤٧). وكلما زاد عدد الأطفال فى الأسرة (عندما يتم التحكم فى بقية المتغيرات المحيطة) ، قل تحصيلهم الدراسى. وترتبط حالات الحمل غير المتوقع وغير المرغوب فيه خلال فترة المراهقة بمعدلات عالية للخطر بالنسبة للأم والطفل(٤٨). وعند اعتبار هذه



شكل ٧-١ : طيف التدخل بالنسبة لمشكلات الصحة العقلية.

المصدر : معدلة بإذن الناشر من كتاب

Reducing risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Research.

Copyright (c) 1994 by the National Academy of Sciences. Courtesy of the National Academy Press, Washington, D.C.

النتائج بصورة شاملة ، فهى تحدد أهمية خدمات تنظيم الأسرة فى تأجيل العمر الذى يتم فيه الحمل الأول ، وتقليل عدد الأبناء ، وإطالة الفترة الزمنية الفاصلة بين حملين متتاليين من أجل تمكين الوالدين من توفير أفضل رعاية ممكنة لأبنائهم. وتعد المخاطر الصحية المتعلقة باستخدام موانع الحمل (**contraceptives**) أقل بكثير من تلك المتعلقة بالحمل والولادة(٤٩). وباعتبار تمكين الوالدين من تحديد حجم الأسرة يعتبر من العوامل الضرورية لصحة الأمهات وأطفالهن، يتوجب على جميع الدول إدخال

برامج التوعية الجنسية (sex education) في المدارس ، بما فيها المعلومات المتعلقة بوسائل منع الحمل وموثوقيتها (reliability). ولابد من توفير وسائل منع الحمل للأفراد الناشطين جنسيا ، كما يجب أن تتوافر إمكانيات الإجهاض الآمن (safe abortion) عند فشل وسائل منع الحمل.

٢ – الرعاية قبل الولادة (Prenatal Care) : يرتبط قصور التغذية، والتدخين، ومعاقرة الكحول ، وإدمان المخدرات ، وقصور خدمات قبل الولادة أثناء الحمل ، بزيادة المخاطر التي يتعرض لها الجنين ، بما فيها ارتفاع معدلات ولادة أطفال ذوى وزن منخفض عند الولادة. ويرتبط انخفاض الوزن عند الولادة بزيادة معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة ، ويتعطل النمو في أولئك الذين يبقون على قيد الحياة. ويمكن لتوفير الخدمات المتكاملة لما قبل الولادة ، ووجود قابلات مدربات تدعمهن خدمات المستشفيات لعلاج حالات الحمل الخطر ، أن تقلل من حدوث المراضة النفسية في الرضع[٥٠]. وقد أظهر الباحثون أن وجود أنثى مرافقة متعاطفة مع الحامل أثناء المخاض والولادة يقلل بصورة كبيرة من الحاجة إلى إجراء الشق القيصري (cesarean section) ؛ وقد قلل هذا العلاج البسيط من معدلات مراضة الأمهات في إحدى دور التوليد في جواتيمالا[٥١]. وكلما سمحت الموارد المالية ، يجب أن يخضع حديثو الولادة لاستقصاء بيلة الفنيل كيتون (PKU) والإصابة بقصور الدرقية الخلقي (الولادي).

٣ – التمنيع (التحصين : immunization) من أجل الوقاية من التلف الدماغي والموت ، لابد من التوسع في تطبيق البرنامج الموسع للتحصين لمنظمة الصحة العالمية ليشمل جميع الرضع والأطفال. وسيؤدي تقليل المراضة والوفيات في مرحلة الطفولة ، بدوره، إلى تمكين الوالدين من التخطيط لعدد أقل من الأبناء نتيجة لزيادة الثقة في أن أطفالهم سيبقون على قيد الحياة وصولا إلى مرحلة النضج.

٤– التغذية المثلى (Optimal Nutrition) : يمكن للنقص في تناول بعض المغذيات الدقيقة (micronutrients) ، بالإضافة إلى أوجه النقص في المدخول الكلي من البروتينات والسعرات ، أن يؤدي إلى إعاقة نمو الدماغ ، مع ما يتبعه من عواقب وخيمة على الكفاءة المعرفية والعاطفية للطفل.

تمثل اضطرابات نقص اليود (Iodine-deficiency disorders: IDD) أكثر أنماط النقص فى المغذيات الدقيقة احتمالا للتسبب بخلل الوظائف الدماغية. وتؤثر الاضطرابات IDD على أكثر من ٤٠٠ مليون نسمة فى آسيا وحدها[٥٢]. وتشمل الملامح الإكلينيكية ولادة الجنين ميتا ، والإجهاض ، والاضطرابات الخلقية ؛ والفدامة المتوطنة (endemic cretinism) ، والتى تتسم بالتخلف العقلى ، والصمم والبكم (deaf-mutism) ، والشلل التشنجى المزدوج (spastic diplegia) ، وغيرها من مظاهر النقص العصبى ؛ وتعطل الوظائف العقلية المرتبطة بالدراق (goiter). ويمكن الوقاية من الاضطرابات IDD ، لمدة ٣-٥ سنوات ، فى الأشخاص المعرضين للخطر ، وذلك بحقنهم مرة واحدة باثنين إلى أربعة مللى لترات من زيت بذرة الخشخاش المؤيد (io-dized poppy seed oil) ، وهو من أنواع العلاج التى يمكن أن يتولى تقديمها العاملون فى مجال الرعاية الصحية الأولية. ويمكن الوقاية من حدوث الاضطرابات IDD فى الجنين ، وذلك بحقن الزيت المؤين للسيدات قبل حدوث الحمل ؛ فالعلاج حتى خلال الثلث الأول للحمل لا يتمتع بالفعالية الكاملة. وتتميز حقن الزيت بكونها عملية وفعالة كوسيلة فورية لمعالجة الاضطرابات IDD المتوطنة. وبسبب التكلفة وطريقة الاستخدام ، يجب أن يكون الهدف البعيد المدى هو إيجاد برنامج لتوفير ملح الطعام المؤيد لعموم السكان[٥٣].

أظهرت إضافات (supplementations) الفيتامين "أ" فى جرعات عالية ، أنها تقلل من المراضة والوفيات فى الأطفال المصابين بأعواز غذائية دون إكلينيكية (sub-clinical)[٥٤]. وتؤدى أنيميا نقص الحديد إلى تعطل النمو المعرفى. ويتعرض الأطفال الذين أصيبوا بأنيميا نقص الحديد خلال مرحلة الطفولة المبكرة ، لخطر الإصابة بعيوب طويلة الأمد متعلقة بالنمو[٥٥]. ويؤدى الاحتشار (infestation) بالديدان الطفيلية إلى تعطل النمو ، سواء البدنى أو المعرفى. ويمكن علاج ١٩ من بين أهم ٢٣ عداوى الديدان فى الإنسان ، بصورة فعالة ، باستخدام واحد من ثلاثة أدوية فموية : وهى ألبيندازول (albendazole) ، وبرازيكوانتل (praziquantel)، أو إيفرمكتين (ivermectin)[٥٦].

ينتج عن اقتران سوء التغذية المزمن مع الظروف الأسرية السيئة ، تعطل النمو المعرفى والاجتماعى. ويضاعف تزامن أوجه الأذى البيولوجية والاجتماعية من التأثيرات

السلبية المنفردة لكل منها ، كما تؤدى لحدوث تلف مستديم[٥٧]. وقد أظهرت جرانتهام- مكجريجور (Grantham-McGregor) وزملاؤها أن التأهيل الغذائى مع التحفيز الاجتماعى للأطفال سيئى التغذية المحتجزين فى المستشفى ، والذى يستمر بعد الخروج من المستشفى على أيدى الوالدين الذين تم توعيتهم من قبل الزائرين الصحيين ، فقد نتج عنه مكاسب بالنسبة للنمو أكبر من تلك التى حققها برنامج إعادة التغذية (renour-ishment) بمفرده[٥٨]. ويجب أن تستهدف المعالجة الفعالة للمركب الكامل من الحرمان الاجتماعى والغذائى.

وتتيح مراقبة نمو الأطفال الصغار، وهى طريقة بسيطة ويمكن القيام بها باستخدام الموارد المتاحة ، الاكتشاف المبكر لقصور النمو (developmental failure). وهى واحدة من المكونات الأربعة لمبادرة "GOBI" لهيئة اليونسيف : أى مراقبة النمو (growth monitoring) ، والإمهاء الفموى (oral rehydration) ، والرضاعة الثديية ، والتحصين. وتعد مراقبة النمو للرضع والدرّج (toddlers) أساسية لمنع حدوث سوء التغذية.

٥- سلامة الأطفال (Child Safety) : تعد الإصابات غير المقصودة هى أكبر أسباب سنوات العمر المحتملة الفقد (YPLL) فى الكثير من البلدان. ويعرف المعدل YPLL على أنه عدد الوفيات الناجمة عن سبب ما ، مضروبا فى الفرق بين السن عند الوفاة وبين عمر الخامسة والستين لكل من هذه الحالات. وتركز الإحصائيات YPLL على الأسباب المؤدية للوفاة فى سن مبكرة ، بينما تهمل الأسباب المؤدية للوفاة بعد سن الخامسة والستين. تعد حوادث السيارات من أكبر أسباب إصابات الرأس والنخاع (الحبل) الشوكى فى الناجين. ويمكن الوقاية من هذه الإصابات من خلال التطبيق الفعال للالتزام بسرعات أدنى للقيادة[٥٩] ، وبتخطيط أفضل للطرق السريعة ، وتنظيم حركة المرور، والملاحقة النشطة للسائقين المخمورين ، واعتماد أحزمة الأمان الآلية ، ومقاعد الأمان للأطفال ، والأكياس الهوائية. ويتعرض ركاب الدراجات الذين يرتدون خوذات الرأس أثناء القيادة لإصابة الدماغ فى حالة الحوادث بنسبة ١٢, ٠٠، مقارنة بأولئك الذين لا يرتدون الخوذة[٦٠]. وتضم مجموعة الأطفال المعرضين لخطر الإصابات غير المتعمدة ، أولئك المصابين بالتخلف العقلى ،إضافة إلى المعرضين للاختلاجات الصرعية.

يمكن التقليل من حالات التسمم فى الأطفال إلى الحد الأدنى بفرض توفير أغطية الأمان التى لا يستطيع الأطفال فتحها لزجاجات الدواء وغيرها من المواد الكيماوية السامة المخصصة للاستخدام المنزلى. ويمكن التقليل من معدلات الرصاص فى دماء الأطفال بالتحكم الفعال فى كمية الرصاص التى يحتويها البنزين الذى تدار به محركات السيارات والمركبات الآلية. وللوقاية من إصابات الرأس وما يتبعها من تلف الدماغ ، يجب على كل دولة أن تبتكر برنامجاً خاصاً للوقاية من الإصابات.

٦- الدعم الأسرى ، والزيارات المنزلية، والرعاية النهارية (Family Support, Home Visiting &Day Care) : تبدأ المحافظة على صحة الأطفال بالإجراءات الرامية لتعزيز الحياة الأسرية وللمحافظة على المستويات المعيشية فوق مستوى الفقر. وتنفق الدول الأوروبية نسبة من مواردها الاجتماعية على دعم الوالدين وأطفالهما ، أعلى مما تفعل الولايات المتحدة. وتتميز البرامج التى توفر زيارات منزلية للأمهات قبل الولادة وبعدها ، كما توفر وسائل الانتقال إلى مراكز الرعاية الصحية ، وسبل المسح (screening) الحسى والتطورى ، بكونها فعالة فى الوقاية من إساءة المعاملة والإهمال التى قد يتعرض لها الأطفال المولودين لأمهات حديثات يعانين من الفقر[٦١]. وتستفيد النساء اللاتى تزورهن المرضات من الخدمات المجتمعية بصورة أفضل ، كما يشعرن بقدر أكبر من الدعم الاجتماعى ، كما يتحسن قوتهن ، وتقل معدلات تدخينهن. وقد تحسن طول فترات الحمل ووزن الرضيع عند الولادة ، كما كان هناك عدد أقل من الحالات الموثقة لإساءة المعاملة بين الأمهات المراهقات الفقيرات وغير المتزوجات.

يظهر الأطفال الذين تتم تنشئتهم تحت ظروف من الحرمان ، نقصا فى النمو المعرفى ، ومستويات أدنى من التحصيل المدرسى ، ومعدلات مرتفعة من الاضطرابات السلوكية والمعادية للمجتمع[٦٢]. ويمكن التقليل من احتمال حدوث هذه النهايات المأساوية بتطبيق البرامج الغنية للرعاية النهارية ، والتى تضم الآباء والأمهات كمشاركين نشطين. وقد أظهر العديد من الدراسات الطويلة المدى على المحصلة النهائية لمثل أولئك الأطفال ، وجود تاريخ مهنى أفضل ، وعددا أقل من حالات الحمل خارج إطار الزواج ، ومعدلات أدنى من المراضة السلوكية أو المدرسية[٦٣].

يمكن أن تيسر برامج الرعاية النهارية من تحقيق هدف ثان: وهو تعليم مهارات الأبوة والأمومة للمراهقين ، عن طريق إشراكهم فى رعاية الدرّج تحت المراقبة ، فاكتساب الخبرة فى رعاية الأطفال داخل الأسرة ، وهى الطريقة التقليدية لانتقال مثل هذه الخبرات ، قد أصبح متاحا بصورة أقل بكثير مما مضى. ومع تقلص حجم الأسرة ، أصبح للقليل من الأطفال أشقاء. ومع قيام كلا الوالدين بالعمل ، ومع زيادة عدد العائلات التى يقوم برعايتها والد واحد ، لم يعد بالإمكان الاتكال على أن التوعية بالحياة الأسرية فى المنزل أمر متاح لجميع الأطفال. وسيستفيد الرضع والدرّج الذين يعيشون فى بيوت معرضة للخطر (والتى تتسم حياتها بالفقر ، وانخفاض المستوى التعليمى للوالدين، والأمهات المراهقات غير المتزوجات، ووجود تاريخ لمواجهة الصعوبات مع الأخوة والأخوات الأكبر سنا) ، من الزيارات المنزلية للممرضات على فترات متباعدة من أجل توعية الأمهات برعاية الرضع ، ومراقبة تطور نمو الطفل ، وتعبئة المزيد من الخدمات المجتمعية حيثما دعت الحاجة إليها. وسيستفيد مثل أولئك الأطفال من البرامج الغنية للرعاية النهارية التى لا تكتفى بتحفيز النمو المعرفى ، بل وتعمل كوسيلة لتدريس المهارات للوالدين.

٧- البرامج المرتكزة على المدارس (School-based Programs) : تساعد البرامج التى تمكن الأطفال من النجاح فى المدرسة ، فى تحسين التقدير الذاتى والتقليل من المراضة النفسية. ويوفر التعليم فى المدارس العامة فرصة للتعليم المناسب لسن الطفل بخصوص التنشيط الصحى ، والعملية الجنسية فى الإنسان ، وإدمان المخدرات ومع ذلك ، فستتبخر تأثيرات هذه البرامج بصورة تدريجية ، مالم يتم تعزيزها فى الصفوف التالية من خلال التفاعل بين الأقران (peer interaction) الملائم للمرحلة العمرية [٦٤]. ويوفر ربط مراكز الرعاية النهارية ومدارس الحضانة (nursery schools) ، بالمدارس الثانوية العامة ، "مختبرا" طبيعيا لتدريب المراهقين على مهارات الأبوة والأمومة ، ويزيد فى الوقت نفسه من مراكز الرعاية النهارية المتوافرة لخدمة المجتمع.

٨ - الصحة العقلية فى الرعاية الأولية (Mental Health in Primary Care) : يمكن التقليل من الأمراض العلاجية المنشأ (Iatrogenic) ، والناتجة عن الممارسات

الخاطئة فى وصف الأدوية ، من خلال تدريب العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية على التعرف على الاضطرابات النفسية - الاجتماعية ومعالجتها ولن يقلل هذا التدريب من الحاجة لإجراء دراسات تشخيصية لا داع لها ، ولوصف أدوية خاطئة فحسب ، بل وسيجعل الرعاية الصحية العقلية الفعالة متاحة للجميع. وقد سجل جيل (Giel) وزملاؤه معدلات الانتشار المرتفعة للإصابة بالاضطرابات العقلية فى الرعاية الصحية الأولية للأطفال فى الدول منخفضة الدخل[٦٥]. وتعد المراضة النفسية من المصاحبات المألوفة للأمراض الجسدية المزمنة ؛ وكثيرا ما تبقى تلك الاضطرابات حتى بعد البلوغ [٦٦]. ويمكن للبرامج التى تجمع بين الرعاية البيولوجية - الصحية المتكاملة والرعاية النفسية - الاجتماعية المنزلية للأطفال ، أن تنتج فوائد طويلة الأمد للصحة العقلية بعد خمس سنوات[٦٧].

٩- إهمال الأطفال وإساءة معاملتهم (Child neglect and abuse) : وهى من المشكلات الكبرى فى جميع أنحاء العالم ، مما يستلزم اتخاذ تدخلات فعالة. ويمكن تدريب المدرسين والعاملين فى مجال الرعاية الصحية على كيفية التعرف على حالات إهمال الأطفال وإساءة معاملتهم ، وعلى طريقة المبادرة إلى تحويل تلك الحالات إلى الهيئات المجتمعية المكلفة بمعالجة هذه الأمور. وفى بعض الحالات ، يمكن أن تساعد مدبرات المنزل الزائرات والعاملين فى مجال الخدمة الاجتماعية فى إنقاذ العائلات كتوفير أماكن آمنة لأطفالها ؛ وفى حالات أخرى ، يصبح النقل السريع للأطفال من المنزل ضروريا لمجرد إبقاء الأطفال على قيد الحياة ، ناهيك عن صحتهم العقلية. لكن هذا لا يمثل سوى الخطوة الأولى. ويمكن أن تكفى الرعاية البديلة لفترة قصيرة إذا كان بالإمكان إعادة تشكيل الأسرة الأصلية للطفل ومن ثم إعادته إليها (على سبيل المثال ، إذا كان الإهمال ناتجا عن أزمة أسرية حادة ، أو إدخال أحد الوالدين إلى المستشفى، أو الطرد من المنزل ، إلخ.) ، فالرعاية البديلة غير مُرضية على المدى الطويل. وبمجرد أن يتضح أن الأسرة غير قادرة على الاضطلاع بمسئولياتها ، يجب أن يتم تحرير الطفل قانونيا للتبنى ، ومن ثم وضعه فى بيت للتبنى.

١٠ - يمكن التقليل من معدلات الإصابة بالصرع (epilepsy) من خلال تحسين الرعاية التوليدية ، وتطبيق إجراءات أكثر فعالية للوقاية من الحوادث ، والمعالجة الفورية

لعداوى الجهاز العصبى المركزى[٦٨]. ويمكن لاكتساب مهارات أكبر فى التعرف على الاضطرابات ، وللاستخدام الأمثل للأدوية المضادة للاختلاج ، أن تقلل بصورة ملحوظة من معدلات انتشار النوبات (الاختلاجات) الصرعية ، ومن الإعاقة النفسية - الاجتماعية للأطفال المصابين بالصرع[٦٩].

١١ - يمكن لتدريس مبادئ الصحة العقلية لجميع العاملين فى مجال الرعاية الصحية للأطفال ، أن يتيح التعرف المبكر ، والمعالجة الفعالة ، للمشكلات التطورية والسلوكية فى الأطفال الصغار. ويجب أن تشتمل رعاية الأطفال المصابين باضطرابات جسدية مزمنة ، على إجراءات للوقاية من المراضة النفسية .

الاستنتاجات

- برغم أنه كان هناك قدر ملحوظ من التحسن فى معدلات بقاء الأطفال على قيد الحياة خلال العقدين الماضيين ، فقد ازدادت توجهات (trends) اضطرابات الصحة العقلية فى الأطفال سوءا ، سواء فى البلدان الغنية أو تلك الفقيرة. وتعزز الفعالية المحدودة للعلاجات المتاحة حاليا للأمراض النفسية فى الأطفال ، بالإضافة إلى تكلفتها المرتفعة، من الأهمية الاستراتيجية للوقاية من خلال دعم الحياة الأسرية. ولابد هنا من دمج خدمات الصحة العقلية فى الأطفال ، والتى تركز على التعرف المبكر على الحالات، فى نظام الرعاية الصحية الأولية. ويجب منح الأولوية لتقديم الخدمات التى تفى بالحاجات المحلية ، وتلك التى تتمتع بفعالية مقابلة لتكلفتها .

- يمكن تحقيق الوقاية من الإعاقة العقلية فى الأطفال من خلال تنفيذ الممارسات الداعمة للأسرة : مثل تنظيم الأسرة؛ وتقديم الرعاية قبل الولادة وحولها ؛ والتحصين ؛ وتوفير التغذية المثلى (من حيث عدد السعرات الحرارية ، وكمية البروتينات ، والمغذيات الدقيقة) ؛ والزيارات المنزلية والرعاية النهارية ؛وتطبيق إجراءات السلامة للأطفال؛ والبرامج المرتكزة على المدارس فيما يتعلق بالحياة الأسرية والعمليات الجنسية فى الإنسان ؛ وتقديم العلاج المناسب للاضطرابات العصبية - النفسية الشائعة فى الأطفال ، مثل الصرع.

- نظرا لأن العديد من المراهقين والشباب قد فاتهم قطار التعليم ، فهم جهلة وغير فاعلين من الناحية الوظيفية. ويمكن أن يرتكز المستقبل الاقتصادى للعديد من البلدان على إيجاد برامج تالية للمدارس (post-school) ، توفر لصغار البالغين المهارات الأساسية للقراءة والكتابة ، والرياضيات ، وتلك المهارات التى يمكن الاستفادة منها فى العمل.

الهوامش

(١) المصدر : Brooke, 1993b.

(٢) المصدر : Carnegie Commission, 1992.

(٣) المصدر : Liddell, 1993.

(٤) المصدر : WHO, 1951.

(٥) المصدر : Gruber, 1978; Rein et al., 1974.

(٦) المصدر : Wolff et al., forthcoming.

(٧) المصدر : Wolff et al., forthcoming.

(٨) المصدر . Toole and Waldfian, 1993.

(٩) المصدر : Yip and Sharp, 1993.

(١٠) انظر Aptekar, 1988; Balanon, 1989; Ribadeneira, 1993; and World Health Organization, 1992b.

(١١) المصدر : Cliff and Noormahomed, 1993.

(١٢) المصدر : Richfian et al., 1990a.

(١٣) المصدر : Richfian et al., 1990b.

(١٤) المصدر : Gargan, 1992.

(١٥) انظر Burra, 1988; Ennew and Brian, 1989; Gargan, 1992; Lee-Wright, 1990; International Labor Office, 1991; and World Health Organization, 1987.

(١٦) المصدر : Andersen, 1988; cited in Lee-Wright, 1990.

(١٧) مذكورة في Simmons, 1993. انظر أيضا Anderson (1988) and Lee-Wright (1990).

(١٨) المصدر : Raffaelli et al., 1993.

(١٩) المصدر : Reuters, 1994.

(٢٠) المصدر : Grantham-McGregor et al., 1991.

(٢١) المصدر : World Health Organization, 1993c.

(٢٢) المصدر : Stein et al., 1986.

(٢٣) المصدر : Rutter et al., 1994:620.
(٢٤) المصدر : Jones and Smith, 1973.
(٢٥) المصدر : Abel and Sokol, 1987.
(٢٦) المصدر : Streissguth et al., 1983.
(٢٧) المصدر : Centers for Disease Control, 1992; Werler et al., 1993.
(٢٨) المصدر : Ramphele, 1993.
(٢٩) المصدر : Isaac, 1987.
(٣٠) المصدر : Shorvon and Farmer, 1988.
(٣١) المصدر : Ellenberg et al., 1986.
(٣٢) المصدر : Matuja, 1990.
(٣٣) المصدر : Jilek-Aall and Rwiza, 1992.
(٣٤) المصدر : Shorvon and Farmer,. 1988.
(٣٥) المصدر : Feksi et al., 1991.
(٣٦) المصدر : Tekle-Haimanot et al., 1991.
(٣٧) المصدر : Lai et al., 1990.
(٣٨) المصدر : Kleinman et al., in press.
(٣٩) المصدر : Graham, 1981; Earls, 1985; Joffe et al., 1988.
(٤٠) المصدر : Rutter et al., 1975.
(٤١) المصدر : Shenet al., 1985.
(٤٢) المصدر : Rahim and Cederblad, 1984; Cederblad and Rahim, 1986.
(٤٣) المصدر : Matsuura et al., 1993.
(٤٤) انظر Odejide et al., 1989; Al-Issa, 1989; Ganesvaran et al., 1984; and Mani-am, 1988
(٤٥) المصدر : Giel et al.; 1981.
(٤٦) المصدر : Institute of Medicine, 1994.
(٤٧) المصدر : Mackwardt and Ochoa, 1993.
(٤٨) المصدر : National Research Council, 1987; Population Council, 1989.
(٤٩) المصدر : DaVanzo et al., 1990.
(٥٠) المصدر : Institute of Medicine, 1985.
(٥١) المصدر : Sosa et al., 1980; Klaus et al., 1986

(٥٢) المصدر : Hetzel, 1983.

(٥٣) المصدر : Ramalingaswami,1973.

(٥٤) المصدر : Sommer et al., 1986; West et al., 1991.

(٥٥) المصدر : Lozoffet al., 1991.

(٥٦) المصدر : Warren, 1991.

(٥٧) المصدر : Dobbing, 1987.

(٥٨) المصدر : Grantham-McGregor et al., 1991.

(٥٩) المصدر : Wagenaar et al., 1990.

(٦٠) المصدر : Thompson et al., 1989.

(٦١) المصدر : Olds and Kitzman, 1990.

(٦٢) المصدر : Eisenberg and Earls, 1975.

(٦٣) المصدر : Burrueta-Clement et al., 1984.

(٦٤) المصدر : Bell et al., 1993.

(٦٥) المصدر : Giel et al., 1981.

(٦٦) المصدر : Pless and Wadsworth, 1989.

(٧٦) المصدر : Stein and Jessop, 1991.

(٦٨) المصدر : World Health Organization, 1993b.

(٦٩) المصدر : Robb. 1981.

الفصل الثامن

المرأة (Women)

عندما يضع عالم السياسات والصحة العامة ، صحة المرأة في اعتباره، فمن بين النزعات المتوقعة أن يتم الربط الأول والأهم بين صحة وعافية النساء وبين تلك التي للأطفال والأسرة ، وفي بعض الأحيان ، بصحة المجتمع ككل . ظلت صحة الأم والطفل ، أو "MCH" [maternal and child health]، من بين الاهتمامات الشائعة للبرامج الصحية في جميع أنحاء العالم ؛ ومع ذلك، فكثيرا ما تعرف هذه البرامج صحة المرأة على أنها الصحة الإنجابية (reproductive health) ، أو حتى على أنها صحة أطفال أولئك النسوة . وتولت برامج تنظيم الأسرة ، التي تستلهم نظرية كون الانفجار السكاني عائقا في سبيل التنمية ، توزيع موانع الحمل رغبة منها في تقليل الخصوبة ، لكنها أهملت في الغالب حاجات النساء للمعلومات المتعلقة بالعمليات التناسلية والإحساس بالتحكم فيها[١].

بدأت الأسئلة المتعلقة بهذه النزعات تطرح نفس ها مع زيادة تأثير النساء على صياغة السياسات الصحية. ومن بين تلك الأسئلة ؛ أين حرف Mفي الاصطلاح MCH (أي صحة الأمهات)؟[٢]. وما ذا عن تلك البرامج المصممة لتلبية احتياجات النساء ، كنساء وكأمهات ؟ ويجب هنا توسيع التعريفات التقليدية لصحة المرأة ، لتتخطى حدود الصحة الإنجابية والأمومية ، لتشمل الصحة العقلية والبدنية خلال دورة الحياة بكاملها . ونحن بحاجة للمزيد من التعريفات ، مثل التعريف التالي:" إن صحة المرأة هي عافيتها الكلية ، والتي لا تتحدد فقط بالعوامل البيولوجية وبالعملية التناسلية ، بل وأيضا بتأثيرات ضغوط العمل ، والتغذية ، والضغوط العصبية، والحروب ، والهجرة، وغيرها كثير"[٣].

تشير البيانات الوبائية والأنثروبولوجية إلى وجود أنماط من الاضطرابات النفسية والضغوط النفسية فى النساء ، تختلف عن تلك التى تصيب الرجال . ويمكن تتبع أصول أغلب تلك الآلام والمعاناة وصولا إلى الظروف الاجتماعية المحيطة بحياة المرأة . فاليأس ، والإنهاك ، والغضب ، والخوف ، تنبع جميعها عن الجوع ، وإرهاق العمل ، والاعتمادية الاقتصادية. ويعنى فهم أسباب اعتلال صحة المرأة فهما أكثر للكيفية التى تتفاعل بها القوى الثقافية والاقتصادية مع بعضها البعض لتقويض الوضع الاجتماعى للمرأة . وإذا أردنا تحقيق هدف تحسين عافية المرأة منذ الطفولة وحتى أرذل العمر ، فلابد من وجود سياسات "صحية" (healthy) تهدف لتحسين الوضع الاجتماعى للمرأة ، بالإضافة إلى "سياسات للصحة" (health policies) ، تستهدف المدى الكامل للحاجات الصحية للمرأة .

الاضطرابات النفسانية والضغوط النفسية فى النساء

(Psychiatric Disorder and Psychological Distress in Women)

يكشف التحليل المقارن للدراسات التجريبية (الخبرية) المتعلقة بالاضطرابات العقلية عن وجود اتفاق (consistency) بين المجتمعات والأطر الاجتماعية المتباينة : فأعراض الاكتئاب والقلق ، إضافة إلى الاضطرابات النفسانية والضوائق النفسية غير المحددة ، هى أكثر شيوعا فى النساء عنها فى الرجال ، بينما تزداد الاضطرابات المتعلقة بإدمان المخدرات فى الرجال .وتعكس هذه الاختلافات بيانات سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs) ، والتى أعدها البنك الدولى مؤخرا[٤]. وتمثل الاضطرابات الاكتئابية ما يقرب من ٣٠٪ من الإعاقة الناجمة عن الاضطرابات العصبية -النفسية فى النساء، لكنها لا تمثل سوى ١٢,٦٪ من تلك الاضطرابات فى الرجال. وعلى العكس من ذلك، يمثل إدمان الكحول والمخدرات ٣١٪ من الإعاقة العصبية -النفسانية فى الرجال ، بينما لا تمثل سوى ٧٪ من هذه الإعاقات فى النساء (انظر الشكل ٨-١).

حددت الدراسات المتعلقة بالاضطرابات النفسانية ، والتى أجريت على مدى العقود القليلة الماضية فى أفريقيا وآسيا ، والشرق الأوسط، وأمريكا اللاتينية ، على تلك الاختلافات الموجودة بين الجنسين فى مناطق مختلفة من العالم (انظر الجدول ٨-١). ومن خلال عملهم فى شرق أفريقيا ، على سبيل المثال، قام أورلى (Orley) وزملاؤه بتقييم مدى انتشار الاضطرابات النفسانية بين ٢٠٦ من القرويين الأوغنديين ، ووجدوا أن الاكتئاب أكثر انتشارا فى النساء عنه فى الرجال[٥]. وبعد ذلك بعقد من الزمن ، اكتشف كل من جوريجى (Gureje) ، و أوبيكويا (Obikoya) ، وإيكوسان(Ikusan)أن معدلات انتشار حالات الاكتئاب الكبرى (كما تحددها معايير التصنيف (DSM-III-R تبلغ فى النساء ثلاثة أضعاف مثيلاتها فى الرجال فى إحدى المجموعات السكانية الحضرية فى إيبادان بنيجيريا[٦]. وقد أظهرت النتائج المتتالية للاستقصاءات المجتمعية للاضطرابات النفسانية ، والتى أجريت فى البرازيل على مدى العشرين سنة الماضية، وجود قدر من المراضة النفسية فى النساء أكبر مما يوجد فى الرجال .

وتكشف الدراسات العامة التى تركز على الضوائق النفسية عوضا عن تشخيص الأمراض النفسية ، بدورها، عن وجود أنماط مماثلة . وعلى سبيل المثال، فقد كشفت دراسة مجتمعية واسعة النطاق عن مدى انتشار المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية فى مدينة كلكتا الهندية ، عن وجود قدر أكبر من "العُصاب النفسى" (psychoneurosis) فى النساء عنه فى الرجال[٧]. وقام فينكلر (Finkler) بمقابلة النساء والرجال فى أحد مواقع المعالجة التقليدية فى الريف المكسيكى ، فوجد أن النساء كن أكثر احتمالا من الرجال لأن يبلغن عن وجود الأعراض الموحية بالاكتئاب[٨].

وعند اشتمال تقييم الاضطرابات المتعلقة بتعاطى المخدرات ضمن الدراسات المتعلقة بمعدلات الانتشار ، يصبح من الواضح أنه فى الحين الذى يبدو فيه الاكتئاب أكثر شيوعا فى النساء ، يكون إدمان الكحول والمخدرات أكثر شيوعا بين الرجال[٩]. وقد دفع ذلك البعض إلى الاقتناع بأن الرجال ينزعون لإخراج (externalize) معاناتهم من خلال إدمان المخدرات والسلوك العدوانى ، مما ينتج عنه تقليل الإبلاغ عن وجود الضوائق النفسية . وتعانى النساء ، بدورهن، بدرجة أكبر من الاكتئاب ، والقلق، و"مرض الأعصاب" ، وما شابه ذلك .

وتغنى الأبحاث الإثنوغرافية (ethnographic)والحالات الوصفية من هذه النتائج الكمية (quantitative) ، مما يرسخ الإطار الاجتماعى للاكتئاب ، والاعتمادية ، والعجز . ويسرد داس (Das) ، على سبيل المثال، الأحداث التى مرت فى حياة امرأة هندية بعد وفاة زوجها وثلاثة من أبنائها خلال أحد أحداث الشغب، مظهرا كيف تجمع ارتباط أسرتها الهامشى بالمسئولية عن وقوع المأساة ، مع إحساسها الشخصى بالذنب ، لينتهيا إلى إحساسها باليأس ، ومن ثم إقدامها على الانتحار فى النهاية[١٠]. وتم تتبع العلاقة بين الصعوبات الاقتصادية ، ووفيات الأطفال ، والحرمان العاطفى ، والضوائق النفسية فى النساء ، من قبل الدراسات الأنثروبولوجية التى أجريت فى البرازيل ، والمكسيك، وباكستان[١١].

يوفر علم الأنثروبولوجيا(*) مقاربة بديلة لفهم تجربة الضغوط العاطفية والتعبير عنها . ويتكملة المنظور الوبائى أو الإكلينيكى بآخر إثنوغرافى(**) ، نجد أن الألم النفسى لا يستشعر على أنه "اكتئاب" أو "قلق" ، بل فى "اصطلاحات محلية للضيق" – مثل "مرض الأعصاب"، أو "النوبات" ، أو "ثقل القلب" ، والتدخل من قبل "أرواح" غير مرغوب فيها . وعلى سبيل المثال ، أظهرت جميع الدراسات الإثنوغرافية عن "مرض الأعصاب" ، والتى أجريت على مدى جيل كامل فى أمريكا الشمالية والجنوبية ، ومنطقة البحر المتوسط ، وفى مجتمعات الشرق الأوسط ، ارتفاع معدلات انتشار هذه الاضطرابات فى الإناث عنها فى الذكور[١٢]. وكثيرا ما يشير الاهتمام المتأنى بالمعانى الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالشكوى من اعتلال الأعصاب ، إلى وجود صراع على السلطة داخل الأسر أو المجتمعات[١٣]. وقد وجد أن معدلات الشعور بـ "تعب القلب" (heart distress) تزيد بـ ٢,٤ ضعفا فى النساء البالغات عنها فى الرجال ، وذلك فى أحد المجتمعات الإيرانية ، حيث عملت هذه الشكوى كوسيلة للتعبير عن تجارب محددة للفقر والسَّجن ، والصعوبات المتعلقة بالعلاقات الجنسية وبعملية التناسل[١٤]. وليست أسباب هذه

(*) (Anthropolgy : علم الإنسان ، والذى يبحث فى أصل الإنسان وثقافته وأجناسه – المترجم)

(**) (الإثنوغرافيا [ethnography] هى الأنثروبولوجيا الوصفية – المترجم)

الاختلافات الملاحظة بين الجنسين معروفة على وجه الدقة. وهناك حاجة لإجراء المزيد من الدراسات لتحديد ما إن كانت النساء ينزعن للإصابة بالمرض أكثر مما يفعل الرجال ، أم أنهن يصبن بالمرض بطرق مختلفة .

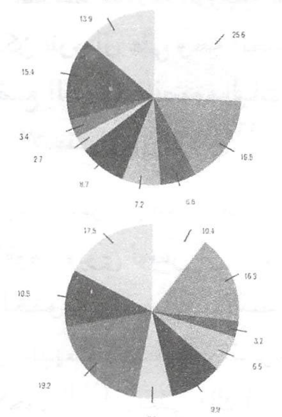
النسبة المئوية للمعدلات DALYs المفقودة*

الإناث

الذكور

شكل ٨-١: المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية فى الذكور والإناث فى جميع أنحاء العالم

المصدر : **Adapted from the World Bank, 1993**



DALYs*: سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز

وتنطبق هذه الأسئلة ذاتها على التلبس بالأرواح الشريرة (**spirit possession**). ويرتبط الكم الهائل من الوثائق التى تتناول الموضوع فى جميع أنحاء العالم مع بعضها البعض بخيط مشترك واحد على الأقل. وعلى الرغم من أن كلا من الرجال والنساء قد تتلبسهم الأرواح المتطفلة وغير المرغوبة ، إلا إن العديد من الثقافات تعتبر أن النساء يصبحن "متلبسات" بصورة أكثر مما يفعل الرجال(١٥). ويفصل العمل الإثنوغرافى

الكلاسيكى لمؤلفه I.M. لويس (Lewis) كلا من الظروف التى تؤدى إلى التلبس بالأرواح ، ووظيفته كوسيلة أصلية للمقاومة . ويذكر تقريره عن الصوماليين الذين قام بدراستهم ما يلى:

"إن الموقف الوبائى الكلى هو ذلك المتعلق بزوجة معرضة لضغوط شديدة وهى تصارع من أجل البقاء ومن أجل إطعام أبنائها فى بيئة قاسية ، وهن يتعرضن لإحدى درجات الإهمال ، سواء كان حقيقيا أو متوهما، من قبل زوجها. ولتعرضها لفترات متكررة، ومفاجئة ، وطويلة أحيانا لغياب زوجها أثناء ممارسته لأنشطته وشئونه الرعوية المقصورة على الرجال ، إلى الغيرة والتوترات التى يشتمل عليها نظام تعدد الزوجات، والتى لا يتم التنفيس عنها هنا بالاتهام بممارسة الكهانة أو السحر، والتى تهددها على الدوام هشاشة العلاقة الزوجية فى مجتمع تكثر فيه حالات الطلاق، ويمكن للرجال على وجه الخصوص أن يحصلوا عليه بسهولة ، فوضع النسوة الصوماليات المتزوجات لا يتيح لهن سوى القليل من الاستقرار أو الأمان[١٦].

ويعد التلبس بالأرواح الشريرة أكثر من مجرد معاناة سلبية فى وجه ظروف قمعية ؛ فهو يمثل أيضا إحدى صور القوة . ويرى لويس أن التلبس بالأرواح يمثل وسيلة يتمكن بها "النساء وغيرهن من المجموعات المصابة بالاكتئاب ، من فرض ضغوط صوفية (mystical) على من يتسلطون عليهم تحت ظروف الحرمان والإحباط عندما لا تتوافر لهن كثير من بدائل الضغط الأخرى"[١٧]. ويعنى ذلك أن النساء المتلبسات يحصلن على تفويض ، بفعل تجربتهن فى التلبس ، للتعبير عن نقدهن والمطالبة بحقوقهن (retribution) ، والتى يحرمن منها خلال الحياة اليومية المعتادة[١٨]. وفى الحين الذى يمكن أن يكون فيه ذلك الأمر صحيحا ، يشير عالم الأنثروبولوجيا بروس كافيرر (Kapferer) إلى أنه فى مناطق مثل سريلانكا ، تعانى النساء من تلبس الأرواح الشريرة أكثر من الرجال ، نظرا لأن تلك هى الطريقة الوحيدة التى يفترض أن يصبن بها بالمرض[١٩].

الأسباب الاجتماعية للضوائق النفسية

(Social Origins of Distress)

تؤكد العلوم الاجتماعية ، والدراسات الوبائية ، والإكلينيكية ، على أن هناك قوى متعددة تسهم فى إحداث الضوائق النفسية والنفسانية التى تعانى منها المرأة . ويعد دمج هذه العوامل فى تقرير نظرى متكامل عن معاناة المرأة ، من التحديات القادمة التى لابد من مواجهتها . ويطرح الجدول ٨-٢ ، على أساس من الدراسات المتتالية، تفسيرات مقترحة للاختلافات الموجودة بين الجنسين فيما يتعلق بالمراضة النفسانية . وتشير مراجعة هذه التفسيرات إلى عدد من الأفكار الرئيسية (themes) التى توضح عند تناولها مجتمعة ، نوعية الحياة التى تعيشها النساء ، فيرتبط الفقر ، والانعزال المنزلى ، والعجز (والناتج ، على سبيل المثال، عن تدنى المستوى التعليمى ، وعن الاعتمادية الاقتصادية)

جدول ٨-١: انتشار الاضطرابات النفسانية والضوائق النفسية فى النساء

الدراسة	المكان	الاضطراب	طرق البحث	النتائج
Orley et al.,1979	ريف أوغندا : قريتان	حالات الاكتئاب الكبرى	الاستقصاء المجتمعى باستخدام اختبار الوضع الحالى (N=206)	النساء :٢٢,٦٪ الرجال :١٤,٣٪
Gureje et al.,1992	عيادة للرعاية الصحية الأولية فى إيبادان ، نيجيريا	حالات الاكتئاب الكبرى خلل الوجدان (dysthymia)	استقصاء المرضى، الدليل الدولى المركب للمقابلة : (N=187)	(١) ح.الاكتئاب الكبرى أكثر فى النساء ×٢مرات (٢) خلل الوجدان أكثر بما يزيد عن الضعفين .
Ullrich ,1988	قرية فى ولاية كرناتاكا بجنوب الهند نساء havik brahmin	حالات الاكتئاب الكبرى	المقابلة الإكلينيكية ، معايير التصنيف DSM-III-R (N=17)	٥٩٪ من الأرامل لاقين معايير التشخيص مدى الحياة بالاكتئاب.
Ullrich,1987	قرية فى ولاية كرناتاكا بجنوب الهند ، نساء havik brahmin	حالات الاكتئاب الكبرى	المقابلة الإكلينيكية ، معايير التصنيف DSM-III-R (N= 45)	٥٥,٥٪ من النساء المتزوجات والعازبات لاقين معايير التشخيص مدى الحياة بالاكتئاب.

Taub,1992 Jablensky,1993	ريف المكسيك ، نساء هنود zapotec	حالات الاكتئاب الكبرى	الاستقصاء المجتمعى (N=40)	٤١٪ لاقين معايير التشخيص مدى الحياة.
Chakraborty,1990	الصين، الهند، سريلانكا	الفصام	مراجعة وثائق الدراسات التجريبية (الخبرية)	معدلات مرتفعة لإصابة النساء فى ٣-٤ دراسات.
	كلكتا ، الهند	الضوائق النفسية	الاستقصاء المجتمعى (N=13,335)	معدلات أعلى للإصابة فى النساء.
Finkler,1985	ريف المكسيك، المرضى الذين يطلبون العلاج من المعالجين الروحانيين والأطباء	الضوائق النفسية والجسدية (N=879)	منسب كورنيل الطبى ، المقابلة الاجتماعية - الاقتصادية، الطرق الأنثروبولوجية	النساء أكثر احتمالا من الرجال للإبلاغ عن وجود أعراض عاطفية موحية بالاكتئاب فى أماكن المعالجة الروحانية.
Santana, 1982	المنطقة الحضرية ، باهيا -البرازيل	الاضطرابات النفسانية	الاستقصاء المجتمعى، أخذ العينات الجماعية على مرحلتين، معايير التصنيف ICD-8 (N=1549)	المراضة الكلية مرتفعة فى النساء، غالبا "اضطرابات عصابية ونفسجسدية". النساء ٢١٪، الرجال ٨٪
Barbosa & Almeida Filho, 1986	المنطقة الريفية باهيا ٤ قرى متجاورة	اضطرابات القلق	الاستقصاء المجتمعى (N=1006)	يزيد الانتشار فى النساء ٢,٢x ضعفا.
Mari, 1987	ساو باولو، البرازيل			
Almeida-Filho,1993	ساو باولو، برازيليا، بورتو أليجرى - البرازيل	المراضة النفسانية الصغرى	الاستقصاء، عيادة للرعاية الأولية	نسبة أعلى من النساء المصابات بمراضة صغرى.
		الاضطرابات النفسانية	الاستقصاء المجتمعى ، أخذ العينات الجماعية على مرحلتين (N=6471)	نسبة أعلى لإصابة النساء بالاضطرابات غير العصابية

N = العدد

والقمع الأبوى (patriarchal oppression) ، بمعدلات مرتفعة لانتشار المراضة النفسانية (باستثناء الاضطرابات المتعلقة بتعاطى المخدرات) فى النساء. وخلاصة القول أن هناك كما معتبرا من الأدلة التى تشير إلى الأسباب الاجتماعية وراء الضوائق النفسية التى تتعرض لها المرأة[٢٠].

وفى سبيل إعداد هذا المقترح الأساسى، وللإحاطة بجميع الأبعاد التى يشتمل عليها ، من المفيد أن نضع فى الاعتبار عددا من القضايا النوعية التى ترجع أصولها

إلى العجز وعدم المساواة التى تكتنف حياة النساء ، ومعقباتها التى تنعكس فى صور المعاناة اليومية ، مثل الجوع ، والعمل، وصور العنف الذى يحيط بالحياة الجنسية، والتناسلية ، والمنزلية للمرأة .

الجـوع (Hunger)

تفسر نانسى شيبر-هيوز (Scheper-Hughes) ، وهى عالمة بالأنثروبولوجيا تعمل فى البرازيل ، شكاوى النساء من "العصبية" (nervousness) على أنها أقل تشخيصا للضـوائق النفسية مـن كـونها معبـرة عن الجوع المزمن ، وعن القلق المرتبط بالجوع (hunger anxiety)[٢١]. وفى جميع أنحاء العالم ، تتسبب صنوف الحرمان الغذائى ، والبدنى ، والبيئى التى تعانى منها الإناث ، سواء كن أطفالا أو نساء ، فى تهديد عافية المرأة . وحيثما وجد النقص ، وحيثما كانت الإناث أكثر اعتمادية وأقل قيمة من الذكور، تكون النساء أكثر احتمالا لأن يعانين من سوء التغذية ، ومن فقر الدم الإكلينيكى ، حتى لو لم يكن فى حالة الحمل .

وتقدر منظمة الصحة العالمية أن أكثر من ٦٠٪ نساء ما يعرف "بالبلدان النامية" يعانين من سوء التغذية[٢٢]. وتطرح التقارير الحديثة الأخرى تقديرات متحفظة مفادها أنه كانت هناك نحو ٥٠٠ مليون (من بين ١.١ مليار) امرأة يعشن فى البلدان الفقيرة عام ١٩٨٥وهن مصابات بالتقزم (stunted) نتيجة لإصابتهن بسوء تغذية البروتين- السعرات (PEM) خلال الطفولة[٢٣].

من المعتقد أن نحو ثلثا النسوة الحوامل فى أفريقيا وجنوب وغرب آسيا ، ونصف أولئك اللاتى لسن فى حالة الحمل ، مصابات بفقر الدم الإكلينيكى[٢٤]. وتتزايد معدلات انتشار فقر الدم فى بلدان أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى. وقد قدر أن ما يزيد على ثلث النسـوة فى عمـر الإنجـاب فى تلك المنطقـةواللاتى لسن فى حـالة الحـمل ، كن مصابات بفقر الدم منذ منتصف السبعينات وحتى عقد الثمانينات . وبحلول نهاية الثمانينات ، ارتفعت هذه التقديرات إلى نحو نصف النساء فى تلك المنطقة. وقد تم عزو ١٠-٢٠٪ من الوفيات المتعلقة بالولادة فى بلدان أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى ، للإصابة بفقر الدم .

وتقدم نتائج الأبحاث التجريبية (الخبرية) التى أجريت فى آسيا ، أدلة على وجود اختلافات بين الجنسين فى الحالة التغذوية. وعند تحليل البيانات الأنثروبومترية (anthropometric) المأخوذة من عينة قوامها ٨٨٢ طفلا فى بنجلادش ، وجد لنكولن شين (Chen) وزملاؤه أن معدلات الإصابة بسوء التغذية تزيد بصورة ملحوظة فى البنات عنها فى الأولاد[٢٥]. وكشفت مقارنة كمية الطاقة المستهلكة يوميا بتقدير مدخول السعرات الحرارية (calorie intake) فى البالغين بالمنطقة الريفية لولاية كرناتاكا الهندية ، أن هناك فائضا فى مدخول السعرات فى الرجال ، فى الوقت الذى تعانى فيه النساء من نقص هذا المدخول[٢٦]. وقد اكتشف أيضا وجود تحيز جنسى (sex bias) منظم فى تغذية الأطفال فى دراسة أجريت فى قريتين فى غرب البنغال ، حيث تتعرض البنات اللاتى تقل أعمارهن عن الخامسة للإصابة بسوء التغذية أكثر مما يتعرض له الأولاد[٢٧] (انظر جدول ٨-٣) .

ولا تؤدى الأعواز الغذائية (scarcity) إلى سوء التغذية والمرض فحسب ، بل إنها قد تؤدى - بصورة غير مباشرة - لحدوث الوفاة فى الإناث. وقد قرر نحو نصف النسوة البالغ عددهن ١.٢٥٠ ، واللاتى شملهن استقصاء أجرى فى مدراس بالهند، أنهن أقدمن على قتل بناتهن الرضيعات[٢٨]. وقد كتب أندرسون (Anderson) ومور (Moore) قائلين :" فى إحدى القرى الريفية بولاية تاميل نادو الهندية ، تشرح امرأة طريقة قتل اثنتين من بناتها الرضيعات ، قائلة أنها أجبرتهما على ابتلاع مرق الدجاج المحرق (scalding). فقالت :" لدى بنتين على قيد الحياة بالفعل ، وليس لدينا أرض أو راتب. كما إن والد زوجى ووالدته قعيدى الفراش ، كما أصيب زوجى فى حادث وهو غير قادر على العمل. كنت بحاجة إلى ولد . وحتى لو احتجت لأن أشترى الطعام والملابس لابنى ، فسيكبر ويمكنه الاعتماد على نفسه . ولن يكون علىّ أن أشترى له جواهر أو أن أدفع له بائنة (دوطة) قدرها ١٠.٠٠٠ روبية".

العمل (Work)

يسهم العمل فى تحقيق الصحة العقلية[٢٩]. ويمكن للقدرة على اكتساب الدخل فى القطاع الاقتصادى غير الرسمى ، وفى القطاع الزراعى ، أو من خلال الوظائف

المدفوعة الأجر ، أن تساعد النساء على زيادة استقلاليتهن ، وعلى المحافظة على احترامهن لذواتهن . ويساعد التحكم فى الموارد الاقتصادية النساء على إدارة شؤون بيوتهن ، وعلى إعالة أطفالهن دون الحاجة للدعم أو التعاون من قبل شركائهن الذكور ، إذا اقتضت الضرورة ذلك. ويعنى امتلاك المال أيضا إمكانية الهرب إذا أصبحت الحياة داخل البيت مستحيلة .

تتسم أكثر الأعمال المتاحة للنساء بانخفاض أجرها وبكونها مُرهقة . وكثيرا ما تتسم ظروف العمل بالخطر ، كما أنه لا وجود للتعويضات الإضافية مقابل ذلك . وتحت مثل هذه الظروف ، يسهم العمل فى الإحساس بالقمع وليس بالاستقلالية .

وبصورة نمطية ، تساهم النساء فى الدعم الاقتصادى للمنزل ، فى الوقت نفسه الذى يتحملن فيه المسئولية الكاملة عن أداء الواجبات المنزلية ، ورعاية الأطفال ، ورعاية الأقارب الطاعنين فى السن (انظر إطار ٨-١). وفى هذه الحالة ، تعمل النساء "يوما مزدوجا" بقيامها بأعمال عديدة ومتنوعة. ويعنى ذلك أنهن يقضين فى العمل ساعات أكثر بكثير مما يفعل الرجال من نفس الطبقة الاجتماعية. وعلى سبيل المثال ، تظهر دراسات تخصيص الوقت (time-allocation studies) أنه عند اعتبار أعمال المنزل ورعاية الأطفال ، تعمل النساء فى غرب أفريقيا فى المتوسط ٦٧ ساعة أسبوعيا ، مقارنة بخمسة وأربعين ساعة عمل بالنسبة للرجال. ويبلغ متوسط طول أسبوع العمل للنساء فى الفليبين ٧٠ ساعة ؛ أما الرجال فيعملون ٥٧ ساعة. وتشير بيانات منظمة العمل الدولية (ILO) ، بصورة عامة، إلى أن النساء اللاتى يعشن فى المناطق الريفية من البلدان الفقيرة يعملن بصورة روتينية من ١٢ إلى ١٦ ساعة يوميا[٣٠].

جدول ٨-٢: الأسباب الاجتماعية للاختلافات بين الجنسين فى معدلات المراضة النفسية

الدراسة	البلد والمجموعة السكانية	الاضطراب	الأسباب الاجتماعية
Ullrich 1987,1988	الهند : نساء Havik Brahmin	حالات الاكتئاب الكبرى	التفسير النظرى: بخس حاجات وقدرات المرأة ؛ تفسر اعتمادية المرأة ، نظريا، إصابتها بالاكتئاب.
WHO, 1992 a	استقصاء عالمى	إدمان المخدرات	التفسير النظرى: عدم المساواة فى الوضع الاجتماعى؛ الخلافات الزوجية ؛ انعزالية الحياة المنزلية.
Almeida-Filho,1993	ساو باولو، برازيليا، بورتو أليجرى، البرازيل – عينة مجتمعية	الاضطرابات غير العصابية	ظهر أن دور ربة المنزل يعد من عوامل الخطر للإصابة بالمراضة النفسانية ؛ التفاعل مع الحالة الاجتماعية ، والتعليمية ، والوظيفية .
Mari ,1987	ساو باولو ، البرازيل مرضى عيادة للرعاية الصحية الأولية	المراضة النفسية الصغرى	الظروف السكنية، الجمعات السكانية المشتركة مع غير أفراد الأسرة ، ترتبط جميعا بالضوائق النفسية.
Reichenheim,1988	ريو ديجانيرو، البرازيل أمهات لأطفال صغار فى مناطق إعادة التوطين	الاكتئاب، القلق، الأعراض"النفسجسمية"	الدخل المنخفض، سوء الظروف السكنية، تدنى المستوى التعليمى ، ترتبط جميعا بالمراضة النفسية .
Finkler, 1985	ريف المكسيك ، المرضى المراجعين للأطباء أو للمداوين المحليين ساو باولو، البرازيل .	الضوائق النفسية والجسمية	التفسير النظرى: الحرمان الاجتماعى-الاقتصادى ، وفيات الأطفال ، والمشاعر المصاحبة له بالمسئولية عما حدث .
Mari et al, 1993	عينة مجتمعية من ٣ مناطق حضرية	العقاقير الدوائية المعدلة للحالة النفسية (المهدئات)	معدلات أعلى لتعاطى العقاقير المعدلة للحالة النفسية من قبل النساء ؛ تتعاطى النساء المهدئات أكثر مما يفعل الرجال .
Naeem, 1992	كراتشى ، باكستان المريضات النفسيات الخارجيات	الاكتئاب	الافتقاد للعلاقة الحميمة الموثوقة مع الزوج.
Brown & Harris,1978	إحدى ضواحى لندن نساء الطبقتين العاملة والوسطى	الاكتئاب	اختلاف الطبقات فى الاكتئاب (٢٣٪ مقابل ٦٪) ؛ يفسر بأربعة عوامل للخطر ؛ فقد أحد الوالدين ، وجود ٣ أطفال أو أكثر ، الافتقاد لعلاقة حميمة موثوقة ، البطالة .
Pearlin & Johnson, 1977:Radloff,1975	استقصاءات مجتمعية	الاكتئاب	الفقر والمسئولية عن أطفال صغار.
Hall et al., 1985	استقصاء للأمهات ذوات الدخل المنخفض	الاكتئاب	وجود والد واحد فى الأسرة ، والبطالة ، يرتبطان بمدى شدة الأعراض المرضية .

جدول ٨-٣ : تأثيرات الجوع على عافية المرأة

الدراسة	المجتمع والمجموعة السكانية	النتائج
WHO press relase,1993 d	تقديرات من الدول النامية	٦٠٪ من النساء مصابات بسوء التغذية ؛ فقر الدم ، وسوء تغذية السعرات يظهران غالبا فى النساء.
UN,1991 d	أفريقيا، وجنوب وغرب أسيا ؛ معدلات تقديرية	فقر الدم الإكلينيكى : ثلثا الحوامل ، ٥٠٪ من النسوة غير الحوامل .
Amazigo, تقرير المعهد الطبى - تحت الطبع	البلدان الأفريقية جنوبى الصحراء الكبرى	فقر الدم : ٤٦٪ من النسوة غير الحوامل ؛ فى عمر الإنجاب ، ١٠٪ -٢٠٪ من حالات الوفاة أثناء الولادة تعزى للإصابة بفقر الدم.
Amazigo, تقرير المعهد الطبى، ١٩٩٤	البلدان الأفريقية جنوبى الصحراء الكبرى	منسب كتلة الجسم أقل من ١٨,٥ : ٢٠٪ من النساء تقريبا مصابات بالهزال .
Chen et al.,1981	بنجلادش ، ٨٨٢ طفل	سوء التغذية يزيد بصورة ملحوظة فى البنات ، ويرتبط بالمراضة والوفيات .
Sen & Sengupta1983	الهند: قرى غرب البنغال ؛ الأطفال	البنات دون الخامسة أكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية .
Batliwala, 1983	ولاية كرناتاكا ، الهند	نقص السعرات فى البنات ، فائض فى الأولاد

تعبر النساء عن العبء الناجم عن العمل بعدد من الطرق المتباينة ؛ تعد لغة "مرض الأعصاب" (nerves) واحدة من بينها .

وتتحدث ماريا داس دوريس ، والتى تعيش فى قرية نائية فى منطقة برنامبوكو (Pernambuco) الفقيرة فى شمال شرق البرازيل ، عن كثيرات مثلها ، وهى تعتذر لأحد الزائرين :" إننى عصبية للغاية ، وعندما تضطرب أعصابى تماما ، أعمد إلى البكاء قليلا ، مما يساعدنى فى تهدئة أعصابى ." وهى تتناول حبوب الفاليوم (valium) لتهدئة مخاوفها الليلية المتعلقة بجلب المياه ، والتى يتوجب عليها جلبها من مسافة تبعد عنها أميالا عديدة . وتشير أخريات إلى انعدام فترات الراحة . وتعلق إيزابيل ماريا دو ناسكيمنتو ، من برنامبوكو ، فى شمال شرق البرازيل ، والتى يبلغ عمرها ٦٢ عاما، على ذلك بقولها :" يمكننى القول بصدق أننى لم أسترح يوما واحدا طوال حياتى"[٣٢]. وفى الجانب المقابل من العالم ، يخلص الباحثون فى مركز العلوم والبيئة فى نيودلهى بالهند، من دراستهم لحياة النسوة الريفيات فى إحدى قرى الهيمالايا ، إلى أنه " لا يهم كون

المرأة شابة أو متقدمة فى السن أو حاملا ، فغير مسموح لها بأن تستريح ، سواء فى أيام الآحاد أو غيرها"[٣٣].

العنف الجنسى والإنجابى (التناسلى)

(Sexual and Reproductive Violence)

فى الثالث عشر من يوليو ١٩٩١، نظم الطلاب الذكور فى مدرسة سانت كيزيتو (St.Kizito's) الداخلية قرب العاصمة الكينية نيروبى ، إضرابا للاحتجاج على الرسوم الدراسية الباهظة . وعندما رفضت طالبات المدرسة نفسها المشاركة فى الإضراب ، هاجمهن الطلاب الذكور . وتم اغتصاب ٧١ فتاة ؛ بينما تعرضت ١٩ للضرب حتى الموت . واستنكر نائب مدير المدرسة حدوث الوفيات ، مفسرا الأمر بأن "الأولاد لم يقصدوا إلحاق أى أذى بالبنات ؛ فقد أرادوا اغتصابهن فحسب"[٣٤].

برغم أن هذه القصة الموجزة تفى بالكاد لوصف تعقيد الموقف ، إلا أن هذا التعليق يلخص التوجه نحو الاغتصاب ، والذى ينتشر فى جميع أنحاء العالم ؛ خصوصا تحت ظروف التفسخ المجتمعى والعنف السياسى. ويعد الاغتصاب إمتيازا (prerogative) مقصورا على الذكور ، فهو فعل للعنف لا ينظر فيه للمرأة كضحية ، بل كشىء (object). وينظر للنساء إما كنوع من المتاع المملوك ، بمعنى أن يتم تفريغ شحنات الغضب والإحباط فى أجسادهن بلا عقوبة ، أو أنهن يخدمن وظيفة عقلية دنيئة ، أى وسيلة لتمكين الرجال من اقتراف جرائم ضد رجال آخرين.

وبذلك ، وعلى مدار التاريخ، ظل الاغتصاب جزءا من الحروب والاضطرابات المدنية وتقدم لنا الأحداث الأخيرة فى موزمبيق، والبوسنة، والصومال، وجنوب أفريقيا ، والسلفادور، حالات لا تعد ولا تحصى من الاغتصاب المنظم والمتكرر للنساء المدنيات واللاجئات ضمن هذا السياق. ومن بين الدلائل على مدى انتشار هذه الاعتداءات على النسوة اللاجئات ، تشير نتائج التحقيقات التى أجرتها الأمم المتحدة بخصوص الجرائم التى ارتكبت بحق لاجئى القوارب الفيتناميين ، إلى أن ٣٩٪ من النساء قد تعرضن للاختطاف أو الاغتصاب من قبل القراصنة أثناء وجودهن فى البحر[٣٥].

إطار ٨-١ : يوم فى حياة امرأة من كينيا

تستيقظ وانجا (Wanja) من نومها فى الخامسة صباحا .لا يزال الجو معتما وليس هناك سوى أصوات الطيور المبكرة تشق الصمت الذى يخيم على هذه المنطقة الجبلية فى المقاطعة المركزية لكينيا .

تشعل وانجا مصباحا مضاء بالبارافين ، وتجلب خشب الموقد من المخزن الذى يعلو الموقد مباشرة ، وتقسمه إلى أجزاء صغيرة، ثم تشعل النار . وعندما يصبح الماء المخصص لغسيل ضروع الأبقار دافئا ، تقوم بكنس المطبخ . اليوم هو أحد أيام جنى محصول البن ، لذا فسرعان ما سيصل بعض العمال الموسميين لجنى محصول الأسرة من البن مقابل أجر .

تجلب وانجا وجبة منتجات الألبان لتتناولها الأبقار أثناء قيامها بحلبها . وهى تحمل الماء المغلى ، وعلب الحَلب ، ووجبة منتجات الألبان، والمصباح ، وتسير بها إلى حظيرة الأبقار . وبعد أن تقوم بحلب البقرتين ، تقوم بإطعام العجول ووضع علبة الحليب ذات سعة ١٢ لترا فى وعاء ضخم ، استعدادا لحمله على ظهرها إلى مكاتب الجمعية التعاونية لمنتجات الألبان ، والتى تبعد عنهم بثلاثة كيلومترات .

بدأ ضوء الصباح يعم المكان، ويمكنها أن تبصر الآن عدة مترات أمامها بدون مساعدة مصباح البرافين . وفى المطبخ ، تقوم وانجا بوضع قدر ضخم ملئ بالماء على الموقد لتعد حمام زوجها ، وتقوم بإعداد العصيدة (porridge) من دقيق الذرة السكرية (sorghum) والدخن (millet) ، والشاى ، من الحليب الذى تم غليه فى الليلة السابقة. تقوم بإفراغ الماء الساخن فى الدلو ، وتحمله إلى الحمام الواقع خارج المنزل ، ثم تدعو زوجها لكى يستيقظ ويتناول حمامه . وتقوم بعد ذلك بإطعام الدجاج وجز العلف لإطعام الأبقار .

وسرعان ما يحين وقت مساعدة الأطفال الصغار فى غسل وجوههم وارتداء زى المدرسة . تقدم وانجا بتقديم العصيدة والشاى ، وتقوم بتخزين الطعام المتبقى من الليلة السابقة ليأخذه الأطفال معهم لوجبة الغداء. ولا يحمل زوجها ، الذى يعمل ناظرا للمدرسة الابتدائية المحلية ، معه طعاما إلى عمله ، فسيقوم بطلب اللحم المشوى والأوجالى (ugali) ليتناولها مع غيره من المدرسين فى المدرسة . وهو يستقل دراجته للوصول إلى المدرسة ، بينما يسير الأطفال إليها مع زملائهم .

يتوجب على وانجا اليوم أن تحمل الحليب إلى الجمعية مبكرا حتى تستطيع الإعداد لجنى محصول البن . وهى تحمل الحليب على ظهرها وتسير مع أطفالها ، باعتبار أن الجمعية فى نفس اتجاه المدرسة .

فى نحو السابعة صباحا، تعود وانجا بعد تسليم الحليب فى الجمعية ، وتقوم بغسل الأوانى التى استخدمت فى وجبة الإفطار ، وعلب الحلب ، وتكومها فوق رف التجفيف خارج مطبخها . وهنا يتوجب عليها أن تجلب الماء من النهر الواقع أسفل الوادى مباشرة . ويكفى نحو ستة جراكن (Jerry cans) سعة كل منها ٢٠ لترا ، لملء البرميل مما يجلب ماء كافيا للبقرتين ، وللدواجن ، ولاستخدام المنزل . وتعتبر وانجا نفسها محظوظة لأن النهر يجرى على مسافة تقل عن كيلومتر واحد عن منزلها ، فكثير من النساء يسرن مسافات أطول من ذلك بكثير ليجلبن الماء . ولأن المنحدر المؤدى إلى النهر يتميز بكونه حادا ، فلا تستطيع الأبقار السير إلى النهر لتشرب بمفردها .

تعد وانجا الذرة الجافة والفول وتضعها على النار فى قدر خزفى ضخم . وسيكفى هذا الطعام لتناول وجبتى الغداء والعشاء.

وتستغرق هذه الوجبة ساعات لطهيها ، كما تستهلك قدرا كبيرا من خشب الموقد ، لذا فهى تقوم بإعداد المزيد من الخشب ، وتقوم بإعادة إشعال النار أثناء رحلاتها من وإلى النهر لجلب الماء.

عندما يصل جامعو البن، تعطيهم وانجا بعض السلال وأكياس الخيش ، وتصحبهم إلى مزرعة البن القريبة . وعندما يبدءون فى مباشرة عملهم، تعود وانجا مجددا لجلب الماء. وبحلول الساعة الحادية عشرة، يصبح برميل المياه مملوءا ، وعندها تقوم بتقديم الماء للأبقار ، وللدجاج ، وتعيد إشعال النار ، ثم تنضم إلى جامعى البن . ويستمر هذا التمرين حتى نحو الثالثة عصرا ، حيث يتوجب عليها أخذ جميع ثمار البن إلى المنزل ، وفردها على ملاءة كبيرة من البلاستيك ، وتصنيفها، ثم تقسيمها إلى عبوات صغيرة لحملها إلى المصنع ، والذى يبعد عنهم بنحو ثلاثة كيلومترات تقوم وانجا بإطعام جامعى البن ودفع أجورهم اليومية قبل أن يتوجهوا إلى مصنع القهوة ، حيث تصطف مع غيرها من الفلاحين حتى يتم وزن محصولها وتسجيله على بطاقتها . وعند السادسة مساء ، تعود وانجا إلى المنزل ، وتقوم بتدفئة المياه ، وحلب البقرتين ثانية . وتقوم بتعبئة الحليب فى زجاجات معايرة لبيعه لجيرانها ، ثم تقوم بغلى الكمية المتبقية للاستخدام المنزلى .

تقوم وانجا بجلب الخضروات من المزرعة ، وتقوم بتقشير البطاطا ، وتقوم بخلطها بالذرة والفول الذين تم طهيهما سابقا . وتقوم بتدفئة المزيد من المياه لمساعدة الأطفال فى الاستحمام . وتقوم بتقديم الطعام وغسل الأطباق ، ثم تقوم بإشعال المكواة التى تعمل بالفحم لكى قمصان زوجها . وأثناء قيام الأطفال بتأدية فروضهم المدرسية، تقوم بفرز البيض استعدادا للسوق فى اليوم التالى .

تحمل وانجا أشغالها اليدوية إلى مقر مشروع المساعدة الذاتية للنساء ، وتعمل فيه لنحو ساعتين قبل أن تخلد إلى النوم عند نحو الحادية عشرة ليلا . يعد هذا من الأيام المعتادة فى حياة وانجا ، أى نحو تسعة عشرة ساعة عمل يوميا[٣١].

ويحفر الحمل القسرى (forcible impregnation) من قبل المعتدين ملامح الهيمنة السياسية والاضطرابات الأهلية على أجساد النساء. وتم تقرير ارتفاع حاد فى حالات الاغتصاب المبلغ عنها فى بنجلادش، والهند ، وماليزيا، وجنوب أفريقيا[٣٦]. وأشارت التقديرات فى جنوب أفريقيا إلى أن معدلات الاغتصاب هناك قد بلغت فى عام ١٩٨٨ ، ٣٤ حالة اغتصاب لكل ١٠٠٠٠ امرأة[٣٧]. وتشمل المعقبات الشخصية للاغتصاب ، الصدمات العاطفية، والاكتئاب، والحمل (والذى لا يمكن إنهاؤه بصورة آمنة فى الكثير من البلدان الفقيرة) ، والإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا مثل الإيدز، والوفاة.

وتتميز التأثيرات النفسية للاغتصاب فى المجتمعات التى تتساوى فيها قيمة المرأة الشابة مع عذريتها ، بكونها مدمرة على وجه الخصوص. وأظهرت دراسة على الناجين من الاغتصاب فى بنجلادش أن الاغتصاب أدى لاضطرابات نفسانية، أو إصابات بليغة، أو الوفاة فى ٨٤٪ من العينة قيد الدراسة[٣٨]. ويشير تقرير حديث عن أسباب الوفاة بين النسوة الريفيات البنغاليات ، إلى أن النسوة اللاتى يتعرضن للاغتصاب يصبحن " ضائعات بالنسبة للمجتمع ، فلا يمكن إصلاح سمعتهن التى لحق بها العار .... ويقال أن تعرض المرأة لعلاقة جنسية قبل الزواج يفسد بداخلها شيئا حيويا بالنسبة لكيانها الجسدى والأخلاقى"[٣٩]. وفى فيجى ، والفلبين، وتايلاند، والمكسيك، والبيرو، أحيانا ما تجبر النسوة اللاتى تعرضن للاغتصاب على الزواج من مغتصبيهن من أجل تشريع الفعل الذى حدث ومحو الوصمة المحيطة "بالبضائع الفاسدة"[٤٠].

وقد تدفع وصمة "الإفساد" (spoilage) النساء لاحتراف البغاء من أجل البقاء على قيد الحياة؛ بينما تختار أخريات طريق الانتحار. وتحدث تتابعات الأحداث هذه بصورة عامة ضمن مواقف ثقافية توضع فيها أهمية قصوى لعذرية النساء عند الزواج ، وحيثما اعتبرت المرأة مسؤولة عن فقدان عذريتها لو حدث ذلك. وتنزع ردود الأفعال المجتمعية والأسرية تجاه الاغتصاب للتركيز على إصلاح شرف الأسرة. ويؤدى ذلك فى كثير من الأحيان إلى توجيه اللوم للضحية بدلا من معاقبة الجانى. ويعد تجريم ضحايا الاغتصاب من بين الصور المتطرفة لهذا الاتجاه. ففى عام ١٩٧٩، على سبيل المثال، استن تشريع فى باكستان يلغى التفريق بين الاغتصاب وبين الزنا ؛ ومن ثم ، فخلال نظر قضية حديثة لاغتصاب امرأة شابة على يدى جارها المتزوج ، أدى تشجيع

الشرطة لإلصاق التهم بالمرأة إلى إدانتها بجريمة الزنا والحكم عليها بالسجن ، فى الوقت الذى دفع فيه الجانى كفالة بسيطة وخرج من القضية حرا طليقا[٤١]. وقد تتعرض النساء ، واللاتى كثيرا ما يتعرضن للسلب العلنى، للقتل على يدى أفراد الأسرة من الذكور ، من أجل تطهير شرف العائلة .

ويجب على أية مناقشة شاملة للعنف ضد النساء ، أن تضع فى الاعتبار قضية البغاء القسرى (involuntary prostitution) ، أو "الاستعباد الجنسى للإناث" (female sexual slavery)[٤٢]. وللبغاء القسرى تاريخ طويل . أما فى صورته الحالية ، فهو يشمل اختطاف النساء تحت ادعاءات كاذبة ووعود بالزواج أو بالحصول على وظيفة. وقد انتشر هذا الفخ مؤخرا بصورة واسعة فى الفيلبين ، وتايلاند، ونيبال، وبورما، والهند، حيث يتم نقل النساء إلى البلدان الغنية أو إلى مدن بعيدة داخل بلدانهن الأصلية. وعند بلوغهن محطة الوصول، يتم بيع النساء إلى الحانات أو إلى المواخير ، ويطلب منهن تقديم الخدمات الجنسية للزبائن. وإذا أبدين مقاومة ، تتعرض النساء للضرب أو للاغتصاب ؛ كما قد يتعرض أفراد عائلاتهن للإيذاء. وليس هناك سوى فرصة ضئيلة للهرب ، حيث تجبر النساء على دفع الأموال التى يحصلن عليها "كرد" للديون التى عليهن "لرؤسائهن" الجدد مقابل دفع هؤلاء لثمن تذكرة الطائرة ، والطعام، والملابس، وحتى "سعر شرائهن". وتصبح فرص المستقبل والخيارات الحياتية كئيبة عند اعتزال المهنة ، عندما لا تعود الجوارى الجنسيات جذابات فى عيون الزبائن (انظر إطار ٨-٢)[٤٣].

قد ينظر للأمراض المنقولة جنسيا ، بما فيها الإيدز، على أنها واحدة من صور العنف الموجه ضد النساء نتيجة لافتقادهن للسيطرة على حياتهن الجنسية . فكثيرا ما تكون النساء الأفريقيات ، على سبيل المثال، غير قادرات على رفض العلاقات الجنسية ، كما أنهن معتمدات على شركائهن الجنسيين فى وقايتهن من الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا من خلال استخدامهم للواقى الذكرى[٤٥]. وإذا كان للزوج أكثر من زوجة ، أو إذا اتخذ الزوج لنفسه "زوجة خارجية" ، أو إذا كان من الناشطين جنسيا خارج نطاق الزواج ، يزداد خطر انتشار هذه الأمراض الجنسية. وتتعرض النساء ، نمطيا، للوم من قبل أزواجهن إذا أصبن بالعدوى ، على الرغم من أن النسوة المتزوجات

يصبن بالأمراض المنقولة جنسيا فى أغلب الأحوال من أزواجهن وتبتكر بعض النسوة استراتيجيات لحماية أنفسهن ؛ ففى شرق أفريقيا ، نجحت النسوة المتقدمات فى السن والأمهات لأطفال ، فى اجتناب الزوج الذى يشك فى إصابته بأحد هذه الأمراض ، عن طريق إحاطة أنفسهن بأطفالهن . وتنتشر الأمراض الجنسية غير المعالجَة بصورة واسعة بين النساء فى جميع أنحاء العالم ، مع معقبات وخيمة للغاية . فقد يتسبب مرض الحوض الالتهابى (PID) فى حدوث العقم ، والحمل المنتبذ (ectopic pregnancy) ، وانخفاض وزن الطفل عند الولادة ، أو وفاة الجنين داخل الرحم . ويعد عدم الإنجاب سواء كان ناتجا عن العقم أو عن حدوث مشكلات أثناء الحمل مشكلة مدمرة بالنسبة لنساء أفريقيا على سبيل المثال، واللاتى يعتمد وضعهن الاجتماعى بصورة كبيرة على إظهار قدرتهن على إنجاب الأطفال . ومن الواضح تماما ، بطبيعة الحال، ذلك الانتشار الجامح لعدوى الفيروس HIV فى أفريقيا .

وقد ينبع العنف ضد النساء عن السياسات الحكومية المنظمة أو الممارسات الثقافية الرمزية ذات التقاليد الطويلة . ويعد الإجهاض القسرى ، والتعقيم الإجبارى ، وختان الإناث (أو تشويه الأعضاء التناسلية) ، من بين الممارسات المجتمعية المقدسة التى يمكن اعتبارها كضرب من العنف التناسلى الموجه ضد النساء.

فى الصين ، تم استخدام الإجهاض القسرى (involuntary abortions) لتعزيز سياسة "الطفل الواحد". وفى أوائل الثمانينات ، اعتمد الموظفون المحليون ، والذين كان رؤساؤهم فى البيروقراطية المركزية يعتبرونهم مسئولين عن تحقيق الأهداف السكانية ، على الإقناع ، ثم "التعبئة" (mobilization) ، من أجل منع النساء من تخطى الحصص النسبية (الكوتا : quota) لعدد مرات الولادة. كانت "التعبئة" مجرد تعبير ملطف عن الإكراه ، فكان يتم احتجاز اللاتى حملن بدون تصريح حتى يوافقن على إجراء عملية الإجهاض ، وإلا ألقى القبض عليهن لارتكابهن "جريمة" الحمل بدون تصريح ، حيث يجبرن على الخضوع للإجهاض[٤٦].

ويقترح تقرير حديث أن عمليات الإجهاض القسرى تستبدل حاليا بعمليات التعقيم الإجبارى (involuntary sterilization) كطريقة مفضلة لتعزيز الحصص النسبية لعدد

مرات الولادة. وازداد عدد الذين خضعوا لعمليات التعقيم فى الصين بنسبة ٢٥٪ فى عام ١٩٩١، وهو العام الذى بدأت فيه الموجة الثانية لعمليات التعزيز الصارم لنظام الحصص النسبية[٤٧]. ويتعرض أولئك الذين يرفضون إجراء العملية لدفع كفالات باهظة ، أو مصادرة ممتلكاتهم الثمينة، أو تدمير منازلهم[٤٨].

إطار ٨-٢: الاتجار بالنساء فى آسيا

(The Trafficking of Women in Asia)

وصلت ماريا ، وهى فلبينية فى الرابعة والعشرين من عمرها ، إلى اليابان عام ١٩٨٦ . وبرغم توقعها لأن تعمل كنادلة ، فقد أجبرت على العمل كبغى. وعندما تمكنت من الفرار بعد خمسة شهور، مع امرأتين أخريين ، وجدت وظيفة فى مدينة أخرى كساقية فى حانة ، وارتبطت بعلاقة مع رجل يابانى كان يسئ معاملتها. وبعد أقل من شهر من ولادة طفلهما الأول ، أصيبت بالاكتئاب وبفقد الشهية للطعام (anorexia). ونظرا لكونها أجنبية غير مسجلة رسميا فى اليابان ، سيصبح ابنها غير ذى أهلية ما لم تبق مع هذا الرجل ، الذى يجب أن يعترف أيضا بأبوته للطفل ؛ وحتى عندها ، تستغرق الإجراءات الرسمية للتوثيق سنوات .

شعرت ماريا بأنه ليس هناك من مكان تلجأ إليه . وظلت على إدمانها لتعاطى "دواء بارد" ، كانت تتناوله بكميات كبيرة أثناء عملها كبغى . وبدأت تتعرض لنوبات تفارقية (dissociative): فتطلق صرخة تقشعر لها الأبدان ، ويتشنج جسدها ، وتتسع عيناها تماما وتتحركان فى محجريهما جيئة وذهابا . شعرت أنها محاطة برجال غرباء ، وهم يحملقون فيها جميعا ، ثم يتحول وجه أبشع رجل فيهم إلى وجه عشيقها . كانت هذه النوبات تحدث مرات عديدة أسبوعيا ؛ ونظرا لعدم قدرتها على دفع تكاليف العلاج بالمستشفى، فقد ترددت فى طلب الرعاية الطبية. وقد عادت ماريا حاليا إلى منزل أسرتها ، لكنها كتبت قائلة : " لم يزل عنى المرض بعد ، وأتساءل إن كنت سأشعر بالسعادة فى يوم من الأيام" .

يدر الاتجار فى النساء من أمثال ماريا أرباحا طائلة ، كما إن العقوبات أقل بكثير من تلك المفروضة على الاتجار بالمخدرات . ويضمن هذا النظام الشديد التطور للاتجار بالنساء والاستعباد الجنسى مصدرا مستمرا للعمالة الجنسية ، تتسم بانخفاض تكاليفها وسهولة التحكم بمقدراتها. ولهذا النظام سوابق تاريخية فى آسيا، بما فيها توظيف النساء اليابانيات الفقيرات للعمل كبغايا فى الوحدات العسكرية اليابانية البعيدة خلال حقبة ما قبل الحرب العالمية الثانية ، إضافة إلى "نساء الترفيه" التايوانيات والكوريات اللاتى كان يتم اختطافهن من المناطق المحتلة للترفيه عن الجنود

اليابانيين. وخلال عقد السبعينات ، ونتيجة للتحولات فى العلاقات بين عصابات الجريمة المنظمة ، وتحسن الأوضاع المعيشية فى كوريا وتايوان، والرحلات الجنسية الرخيصة إلى مدينتى بانكوك ومانيلا، والسهولة النسبية التى يمكن الحصول بها على تأشيرات الدخول ، أصبحت الفلبين المركز الرئيسى للحصول على أولئك البغايا . وقد أصبح المصدر الرئيسى مركزا فى الوقت الحالى فى تايلاند ، مع وجود نحو ٥٠.٠٠٠ امرأة تايلاندية عاملة فى اليابان.

تحول الاتجار بالنساء فى اليابان إلى نظام شديد التعقيد . فغالبا ما يتم "تعيين" النساء فى قراهن الأصلية ، حيث تأمل غالبيتهن فى الحصول على قدر من المال يكفى لمساعدة عائلاتهن ، سواء عن طريق تسديد القروض، أو المساعدة فى دفع تكاليف التعليم للأخوة والأخوات ، أو شراء منزل . وفى حين يعلم البعض أنهن سيتورطن فى العمل كبغايا ، يتم إخبار غالبيتهن بأنهن سيعملن كنادلات أو كعاملات فى أحد المصانع . يقوم المتعهد بجلب النساء إلى اليابان ، ومن ثم تسليمهن إلى رجال العصابات ، الذين يستولون على نقودهن وعلى جوازات سفرهن . ويتم عندئذ توزيع النسوة على المواخير ، حيث يخبرهن صاحب العمل بأن كل منهن تدين له بمبلغ ٤٠.٠٠٠ دولار فى صورة قروض يتوجب تسديدها من خلال العمل كبغايا ، مما يتطلب سنة كاملة على الأقل من العمل بدون مقابل . وتعتبر هذه "القروض" منافية للقانون حسب قوانين العمل ، وكذلك عدم دفع الرواتب ، لكن الجهود المبذولة لتنفيذه ليست بالصرامة الكافية . ونتيجة لجهل أولئك النسوة بحقوقهن القانونية ، فقد يسلمن أنفسهن لهذا العمل حتى يحصلن على "حريتهن".

تتعرض النساء للتهديد اللفظى والبدنى إذا أبدين تحفظا نحو العمل ، حتى أثناء الدورة الطمثية . ويهدد القوادون بإيذاء أفراد أسرة المرأة إذا حاولت الهرب وعادة ما تسكن المرأة فى شقة مكونة من غرفة واحدة ، ويتم إحضارهن إلى أحد المحلات ليلا (حانة فى الغالب) ، حيث يتوقع منهن "مجالسة" الزبائن ، ثم التوجه إلى فندق برفقة أحدهم . وتحكى النسوة اللاتى تمكن من الفرار عن قصص للتهديد اللفظى ، والإيذاء البدنى (من قبل القوادين والزبائن على حد سواء) ، والتجويع ، والاغتصاب ، والإجبار على تعاطى المخدرات ، والاغتيال. وتحكى واحدة من أولئك النسوة أنها أجبرت على مشاهدة القواد وهو يستعمل سكينه فى قطع ثدى وأذن إحدى النسوة اللاتى حاولن الهرب وفشلن . وبرغم أن مخاطر الهرب مرتفعة للغاية ، تقول واحدة من النساء:" أفضل أن أموت أثناء محاولة الهرب عن الموت هناك وأنا مستمرة فى أداء هذا العمل".

برغم أن الجماعات النسائية فى تايلاند ، والفلبين ، واليابان قد احتجت على الاتجار بالنساء (إلى اليابان وأوروبا على وجه الخصوص) ، فلم يتم اتخاذ سوى القليل من الأفعال الرسمية لحماية النسوة المهاجرات اللاتى يعملن فى اليابان. وتبدو التأثيرات الصحية العقلية لهذا الاستعباد الجنسى واضحة للعيان. وتتعرض أولئك النسوة أيضا ، واللاتى يفتقرن لوسائل حماية أنفسهن ، للإصابة بفيروس العوز المناعى البشرى وغيره من الأمراض .

ويتطلب إيقاف الاتجار بالنساء للواجهة المستمرة للعنف الموجه ضد النساء ، ولعدم المساواة بين الجنسين، والاقتصاد السياسى الذى يجعل منه تجارة رابحة . وهناك حاجة لتعزيز أفضل لقوانين العمل الحالية . وحسب الوضع الراهن ، فغالبا ما تتم معاقبة النساء ، فى الحين الذى يفرج فيه عن القوادين وعن المتعهدين ، أو أنهم يطالبون بدفع كفالة بسيطة . وبالإضافة إلى التحديد الصارم لأنشطة الجريمة المنظمة، فلابد من أن تعترف الحكومة اليابانية بصراحة وأن تقبل وجود وأهمية العمالة الوافدة فى المجتمع اليابانى ، مما يعنى بذل جهود أكثر واقعية للتدريب على الوظائف المختلفة، ووجود قدر أكبر من الأمان الوظيفى وختاما ، فالإدانة الدولية لانتهاكات حقوق الإنسان التى تمارس بحق العاملات المهاجرات فى اليابان ، تعد أمرا حتميا[٤٤].

وتشير الأدلة المتراكمة أيضا إلى أن بزل السلى (السائل المحيط بالجنين) (am-niocentesis) والفحص بالموجات فوق الصوتية أصبحا من الطرق المفضلة لتحديد نوع الجنين من أجل تقرير الحاجة لإجراء الإجهاض الانتقائى (selective abortion). وتذكر تقارير الحكومة الهندية أنه من بين ٨٫٠٠٠ حالة للإجهاض أجريت فى إحدى عيادات بومباى ، كان من بينها ٧٫٩٩٩ حالة أجهضت فيها أجنة لإناث[٤٩]. وحتى أدى الاعتراض الشعبى لإيقاف نشاطها ، كانت عيادات "اختيار الجنس" (sex selection) فى الهند تعلن عن خدماتها بالإعلان صراحة بأنه "من الأفضل لك أن تنفق ثمانية وثلاثون دولارا الآن على إنهاء حملك بأنثى ، من أن تنفق عليها ٣٫٨٠٠ دولارا فيما بعد كدوطة (بائنة)"[٥٠]. وذكر تقرير لجريدة "نيويورك تايمز" عن "الانهيار" الذى شهدته الصين مؤخرا فى نظام الحصص النسبية لمرات الولادة ، على لسان واحد من ألمع علماء الديموغرافيا الصينيين ، قوله أنه من بين الأسباب العديدة لظاهرة "البنات المختفيات" فى الصين سنويا ، وعددهن ٩٠٠٫٠٠٠ ، نجد الانتشار الواسع لأجهزة الفحص بالموجات فوق الصوتية فى المستشفيات الصينية . فالمريضة تعلم جنس الجنين من الطبيب المعالج ، فتقرر، نتيجة لرغبتها –أو لخوفها– من "إضاعة" الحصة المقررة لها من الأطفال بولادة أنثى ، أن تجهض هذا الجنين ، وأن "تبدأ من جديد"[٥١].

من بين أكثر التقاليد الثقافية إثارة للجدل والخلاف ، نجد ختان الإناث (female circumcision) ، أو "تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى" (female genital mutilation) ، والذى يجريه الأمهات والنسوة البالغات على البنات الصغيرات ، كجزء من الإعداد الشعائرى للدخول إلى مرحلة البلوغ. وتتركز الدول التى لا تزال تمارس فيها هذه

العادات فى الأقطار الأفريقية (النيلية) جنوبى الصحراء الكبرى، بالإضافة إلى مصر ، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين ، وعُمان، وإندونيسيا ، واليمن الجنوبى ، وباكستان، وماليزيا ، وبعض أجزاء روسيا . ويتباين الحد الذى يتم به تنفيذ الختان باختلاف الثقافات والطبقات الاجتماعية ، ويتراوح من استئصال قمة البظر (tip of clit-oris) ، إلى الختان الجائر – أو التبتيك (infibulation) ، والذى يتم فيه استئصال كامل البظر والشفرين الصغيرين (labia minora) ، بالإضافة إلى أجزاء من الشفرين الكبيرين (labia majora) ، ثم يتم حياكة الأنسجة المتبقية معا ، مما لا يترك سوى فتحة صغيرة يمر خلالها البول ودم الطمث[٥٢].

وتتراوح التأثيرات الصحية السلبية للختان بين معدلات مرتفعة للعدوى (عدوى المسالك البولية ، وازدياد معدلات الخطر للإصابة بعدوى الفيروس HIV) ، وبين التمزقات المهبلية ، والنواسير (fistulas) ، وتلف المهبل والمسلك البولى أثناء الولادة والممارسة الجنسية . وفى ضوء تلك المعطيات ، قامت إدارات الصحة العامة والحركات النسائية مؤخرا بالبحث عن سبل جديدة للحد من هذه الممارسات ، وأحدثت تغيرات على كل من الصعيدين المحلى والدولى . وفى الحين الذى لا يمكن فيه إنكار وجود الأخطار الصحية ، لا يمكن الجزم بتأثيرات الختان المكتمل على العافية الكلية للمرأة . وفى الكثير من الأماكن ، يعد الختان طريقة قياسية لإعداد الفتاة للزواج وللحالة البالغة (adult status). ومع ذلك ، فقد بدأت نساء مصر ، والهند، وكينيا ، واللاتى تعرضن أنفسهن للختان ، بالتشكيك فى هذه السياسات ، ولإعداد طرق بديلة لإعداد بناتهن للأنوثة. وفى البلدان التى يمارس فيها ختان الإناث ، تتعرف النسوة المثقفات بصورة خاصة على المشكلات الصحية الخطيرة المحتملة التى يمكن أن يتسبب الختان فى حدوثها .

العنف المنزلى (Domestic Violence)

يحدث العنف المنزلى – وهو السلوك المقصود به إلحاق الأذى البدنى بشريك حميم – فى غالبية الحالات ، فى إطار العلاقات المنزلية الخاصة. وبرغم أن ذلك لا يعنى مطلقا مجرد أحد " قضايا المرأة " ، إلا أن الغالبية العظمى من ضحايا العنف المنزلى

هـم مـن النسـاء. وتعـنـى الطـبـيعـة الخاصـة (private) لهذا النوع من العنف - أى الشعور بالعار ، والذنب، والمحرمات الاجتماعية المرتبطة به - أن قدرا كبيرا منه يبقى مخفيا ، ليس فقط عن الجمهور ، بل وعن أفراد الأسرة ، والأصدقاء ، ومقدمى الرعاية الصحية. ويجعل ذلك من الصعب الحصول على معلومات دقيقة عن مدى تفشى العنف المنزلى.

وعلى الرغم من ذلك، تشير التقديرات إلى أن العنف والاغتصاب المنزليين يمثلان نحـو ٥٪ من العبء الصـحى العـالمى للنسـاء فى سن الإنجـاب[٥٤]. وتم توثيق العنف المنزلى الشديد والمستمر فى جميع بلدان العالم تقريبا خلال العقد المنصرم . ويقدم الجدول ٨-٤ صورة عامة لنتائج عدد من الدراسات الحديثة المنتقاة.

وبرغم ندرة البيانات الوبائية التفصيلية التى تربط بين الاضطرابات النفسانية وبين العنف المنزلى فى أغلب مناطق العالم ، تشير الأبحاث التى أجريت فى أمريكا الشمالية إلى قوة هذا الارتباط. وقد وجدت إحدى الدراسات الحديثة أن النساء اللاتى يتعرضن للضرب العنيف (battered women) هن أكثر احتمالا بأربعة إلى خمسة أضعاف لطلب العلاج النفسانى ، وأكثر احتمالا بخمسة أضعاف للإقدام على الانتحار ، مقارنة بالنسوة اللاتى لا يتعرضن للضرب[٥٥].

وتربط الأبحاث الأخرى بين حالات الاكتئاب الكبرى ، وإدمان الكحول والمخدرات ، ومتلازمات الكرب التالى للصدمة، وبين وجود تاريخ سابق للإيذاء والعنف المنزلى[٥٦]. وتؤكد البيانات الإثنوغرافية من أوقيانوسيا ، وأمريكا الجنوبية ، والصين ، تلك الارتباطات ، مع وجود أدلة على أن ضرب الزوجات يرتبط بصورة مباشرة بالاكتئاب والإقدام على الانتحار[٥٧].

ويستحق العنف المنزلى المفضى إلى الموت ، أن نذكره هنا. ومن بين القضايا المهمة على وجه الخصوص ، نتيجة للزيادة الملحوظة فى معدلاتها فى الآونة الأخيرة ، "وفيات المهور(البائنات)" ، و"حرق العرائس" فى الهند ، وقتل الرضع من الإناث فى الهند والصين.

كانت البائنات (المهور : dowry) ، تقليديا، من الشعائر الهندوسية التى تتيح للآباء نقل ثرواتهم إلى بناتهم، واللاتى لا يسمح لهن بوراثة الممتلكات. ومع ذلك، فخلال السنوات الأخيرة، تحول الأمر إلى نوع من الاستغلال ، حيث يقوم أقارب العريس بطلب قدر كبير من المطالب المادية من عائلات زوجات أبنائهم ، والتى أحيانا تستمر لسنوات بعد إتمام الزواج. وإذا لم يحس الأهل بقرب الحصول على الثروة المرتقبة ؛ فقد ينتهى الأمر بالوفاة . فقد تتعرض المرأة إما للقتل على أيدى أقارب زوجها ، أو للإقدام على الانتحار بنفسها. ويعد الحرق أكثر صور الوفيات الناجمة عن البائنات انتشاراً. وكثيرا ما يتم التعرف على "الحوادث أثناء الطهى" ، حيث تموت النساء من الحرق بالكيروسين المشتعل ، على أنها وفيات ناجمة عن البائنات ، لدرجة أن الاصطلاح نفسه يستخدم حاليا كتعبير ملطف من قبل الجمعيات النسائية التى تحاول مكافحة هذه الممارسات[٥٨]. ومع ذلك، فنادرا ما تتم ملاحقة مرتكبى هذه الحوادث ، برغم وجود القوانين التى تكفل حماية النساء من التحرش والإيذاء.

تم تسجيل ٩٩٩ حالة للوفيات المتعلقة بالبائنات فى الهند عام ١٩٨٥، و١.٣١٩ حالة عام ١٩٨٦، و١.٧٨٦ عام ١٩٨٧، و٥.١٥٧ عام ١٩٩١[٥٩]. ومع ذلك، تصر الجمعيات النسائية على أن العدد الفعلى لهذه الوفيات يزيد عن ذلك بكثير . وفى عام ١٩٩٠، تم تسجيل ٤.٨٣٥ حالة رسميا ؛ بينما قدرت إحدى المنظمات النسائية المحلية أن هناك ألف امرأة يلقين حتفهن سنويا ، محترقات فى "حوادث أثناء الطهى" ، وذلك فى ولاية جوجارات (Gujarat) وحدها[٦٠].

إطار ٨-٣ : العنف المنزلى فى المكسيك

وصل العنف المنزلى فى جميع أنحاء العالم إلى معدلات وبائية. ويعد القاسم المشترك العريض خلال البلدان، والثقافات ، والطبقات الاجتماعية، والخلفيات الاقتصادية المختلفة. ويشير أحد الاستقصاءات التى أجريت فى المكسيك إلى إن ٦١٪ من ربات البيوت المكسيكيات يتعرضن للإيذاء الجسدى من قبل أزواجهن أو شركائهن الجنسيين. وفى استقصاء صغير أجرى فى إحدى ضواحى العاصمة مكسيكو سيتى ، قررت واحدة من بين كل خمس نساء تعرضها لضربات متكررة على

بطنها خلال فترة الحمل ولا تنقل هذه الإحصائيات الصورة الحقيقية للوضع . وتمنع أسباب معقدة ومتنوعة النساء من الإبلاغ عن تعرضهن للإيذاء ، وهى أسباب مثل التحيز ضد النساء، ووجود نظام قضائى لا يتمتع بالاستجابة المطلوبة، ونظام للرعاية الصحية غير معد للتعامل مع تلك الصدمات الفريدة التى تنتج عن العنف المنزلى .

تعيش أنسليما (Anslema) ، وهى امرأة فى الثالثة والخمسين من عمرها ، مع عشرة أبناء وحفيد واحد فى بيت مصنوع من القرميد البركانى (cinder-brick) قرب كومة هائلة من القمامة . وقد تركت زوجها بعد زواج استمر لمدة خمسة وعشرين عاما وبعد خمسة وعشرين عاما من الإيذاء البدنى . تشكو أنسليما ، والتى كانت تفخر فى يوم من الأيام بصحتها الجيدة، من "ألم فى قلبها" ، ومن "الرعب" ، كما تتعرض لنوبات من الارتعاش وطنين الأذن . لم يتمكن الأطباء من التعرف على الألم ؛ لكنهم استطاعوا ، على مر السنوات، تشخيص عدد من الاعتلالات الأخرى ، بما فيها ارتفاع ضغط الدم . ولا تستطيع أنسليما أيضا كذلك تحريك أصابع يديها ، نظرا لقيام زوجها فى الماضى بقطع أعصاب يدها باستخدام سكين . وقد منعها من مغادرة المنزل قبل ذلك خوفها من انتقام زوجها .

"نصحنى الناس بتركه. كان جسمى متورما بالكامل نتيجة للضرب المبرح ، فقد اعتاد زوجى أن يمسك بى ويضربنى كما لو كنت رجلا ... ولم يكن يكف عن ملاحقتى . وإذا كان هناك شئ لا يعجبه ، كان يسكب الماء فوق جسمى ، كما كان يركلنى بقدمه. كنت أقوم بالغسيل والحياكة يوميا لإعالة أطفالى ، ولم أكن أنال أى قسط من الراحة. كان زوجى على هذه الحال منذ أن تزوجنا ، وعندما بدأنا نعيش سويا ، لم يتركنى مطلقا أعيش فى سلام. لم يكن بمقدورى التحدث إليه ، فقد كان غاضبا وثملا على الدوام ، كما كانت المشاجرات بيننا يومية" .

عادت أنسليما إلى بيت والديها لمدة عام عندما أصبح من المستحيل عليها احتمال الأذى، لكنها عادت مجددا إلى زوجها وإلى بيتهما فى مكسيكو سيتى عندما تحسنت صحتها ونظرا لكونها العائل الأساسى لأطفالها ، ولخوفها من الفقر ، والسجن ، ومن انتقام زوجها ، ولخوفها من أن يصمها المجتمع ، ومن التزاماتها كزوجة ، ولافتقارها لأى موارد أخرى ، فقد استمر زواجها.

وعندما طمأنها أحد الأطباء بأنها لن تدخل السجن لهجرها لزوجها ، قررت اتخاذ فعل عملى .
" كنت أتعرض للنزيف طوال فترة زواجى ، وقد أصر الطبيب على أن أترك زوجى وإلا لن أشفى بعد ذلك مطلقا ، كما قال أننى قد أصاب بالسرطان . وعندما هجرته، تحسنت ، فنصحنى الطبيب بأن لا أعود للحياة معه . لم أتركه حتى قال الطبيب أننى يجب أن أفعل ذلك ، نظرا لخوفى من أن يتهمنى بالهجر (abandonment)".

تتسم قصة أنسليما بالنمطية : فلم يترك لها خوفها مما قد يحدث لها إذا تركت المنزل ، وعدم معرفتها بوجود خدمات الدعم الاجتماعي أي خيار سوى أن تبقى.

توضح المبادرات الحديثة في المكسيك ما يمكن تحقيقه ، وما هو قدر الحاجة لتحقيق المزيد. وقد استقطبت هيئات القطاع العام والجمعيات النسائية في المكسيك مزيدا من الاهتمام بقضية الاغتصاب والعنف المنزلي من خلال التوعية الجماهيرية، والضغط السياسي المباشر، ونشر البيانات الإحصائية ، وتقديم الخدمات المباشرة. وفي بداية الأمر، انصب تركيز هذه المبادرات على ضحايا الاغتصاب ، مما نتج عنه إنشاء مركز خدمات الاغتصاب في عام ١٩٧٩ . ومع ذلك، فقد توسعت الخدمات لتشمل العنف المنزلي ، من خلال إنشاء برامج للتدريب القانوني ومنظمات للنساء اللاتي يتعرضن للضرب.

في عام ١٩٨٨، أنشأ رئيس لجنة استقصاء العنف (Committee on Violence) ، والتي يقع مركزها الرئيسي في مكسيكو سيتي ، "وكالات متخصصة" تقدم الرعاية القانونية، والطبية ، والنفسية المتكاملة لضحايا الاغتصاب وهناك خطط للتوسع في أنشطة هذه الوكالات لمساعدة ضحايا العنف المنزلي ، ونشر هذه المراكز في بقية عواصم الولايات المكسيكية. وقد تضمنت الأنشطة المؤثرة الأخرى التعديل الذي أجري عام ١٩٩٠ على القوانين ، فيما يتعلق بالاغتصاب وضرب الزوجات ، والذي ينادي بفرض عقوبات أكثر صرامة على المعتدين.

وكثيرا ما تستخدم المبادرات المكسيكية السياسات والبرامج في البلدان الأخرى كنماذج ، ثم يتم تطويعها لملاقاة الحاجات والظروف الخاصة السائدة هناك. وباعتبار الانتشار الواسع للعنف المنزلي ، تصل الأنشطة المكسيكية بالكاد لمن يعانون من الضوائق النفسية وهناك الحاجة للمزيد من تلك الجهود للحصول على تغيرات مهمة . ويجب أن تشمل الأنشطة التالية إجراء الدراسات الوبائية، والتوسع في تقديم الخدمات (خصوصا إلى المناطق الريفية والمدن الصغيرة) ، وتدريب العاملين في القطاع الطبي ، وزيادة الدعم من قبل الحكومات المحلية والوطنية ومن الهيئات الدولية . وقبل كل شيء ، هناك حاجة للتغيرات الاجتماعية التي تعزز الوضع الاجتماعي للنساء ، وتؤدي للاعتراف بأن العنف المنزلي مخالف للقانون وغير مقبول[٥٣].

جدول ٨-٤ : العنف الموجه ضد النساء

المصدر	المكان والمجموعة السكانية	النتائج
Sonali,1990	سريلانكا	تعرض ٦٠٪ من أفراد عينة عشوائية من النساء في إحدى المناطق الفقيرة للضرب
Stewart, 1989	بنجلادش	يمثل الأزواج الذين يقتلون زوجاتهم ٥٠٪ من جميع حالات القتل

Toft, 1986	بابوا غينيا الجديدة	كشفت نتائج الاستقصاءات عن أن ٦٠٪ من النساء الريفيات قد "تعرضن للضرب" ؛ ٥٦٪ من نساء المناطق الحضرية الفقيرة "يتعرضن للضرب"؛ و٦٢٪ من نساء المجتمع الحضرى الراقى "يتعرضن للضرب"
Valdez and Sharder-Cox, 1991	نيزاهوالكويوتل ، المكسيك	أظهر الاستقصاء أن امرأة من بين كل ثلاث نساء كن ضحايا للعنف المنزلى ؛ كما أبلغ ٢٠٪ من النساء عن تعرضهن للضرب على بطونهن أثناء الحمل
World Bank, 1993a	تايلاند	يتعرض ٥٠٪ من النساء اللاتى يعشن فى أكبر الأحياء الفقيرة فى العاصمة بانكوك للضرب بصورة منتظمة

تم تقرير زيادة معدلات قتل الأطفال الرضع من الإناث (female infanticide) (والذى يجب تفريقه عن الإجهاض بانتقاء الجنس : sex-selective abortions) ، فى بعض أجزاء آسيا خلال العقد المنصرم . وقد ظهر عدد كبير من التقارير الإعلامية والحكومية فى الصين فى بداية الثمانينات ، مؤكدة استئناف هذه الممارسات مجددا ، وتعزو ذلك إلى بقايا الأيديولوجيات الإقطاعية (feudal ideology)[٦١]. وكما ذكرنا سابقا، أشارت دراسة قامت بها نقابة الخدمات المجتمعية فى مدراس بالهند ، إلى أنه من بين ١٢٥٠ امرأة شملهن الاستقصاء ، قام أكثر من نصفهن بقتل إحدى بناتهن الرضيعات مرة واحدة على الأقل[٦٢].

فى الحين الذى يعرف فيه قتل الأطفال الرضع من الإناث على أنه من بين صور الإيذاء الشديد للمرأة ، فمن المهم أيضا أن يتم الاعتراف بتأثيرات هذه الممارسات على الصحة العقلية للأمهات وغيرهن من أفراد الأسرة . ولا تخلو الأمهات من مشاعر الحزن، لكنهن يتعرضن فى الغالب للضغوط العائلية وللظروف المأسوية التى تؤدى لإقدامهن على اختيارات أخلاقية يائسة . ولا يمكن نسيان هذه الخيارات أو فعلها بدون الشعور بالندم . ويمكن اعتبار قتل الرضع على أنه صورة روتينية للعنف المنزلى الذى تكون فيه النساء ضحايا، من منظورين اثنين.

الجانب المظلم للتنمية

(The Downside of Development)

ظلت النساء على الدوام منتجات من الناحية الاقتصادية . ومع ذلك ، فحتى وقت قريب، ظلت أغلب إسهاماتهن خفية بفعل إجراءات التقييم التى تبخس قيمة العمل الذى تقوم به النساء وقيمة البضائع التى ينتجونها ، أو تتجاهلها وتعمل تعريفات البضائع والخدمات الاقتصادية والتى تستثنى جميع البضائع والخدمات غير المنتجة للدخل ، وإجراءات مشاركة القوى العاملة التى تحدد تلك المشاركة (participation) من حيث الأجور المدفوعة أو "الوظيفة الرئيسية" (حتى النسوة اللاتى يكتسبن أجرا يقررن فى كثير من الأحيان أن وظيفتهن الرئيسية هى "ربة منزل") ، على إغفال مجموعة من الأنشطة الاقتصادية التى يمكن، إذا تم تمثيلها بصورة كافية فى النظام المحاسبى الوطنى ، أن تزيد من الناتج العالمى التقديرى بما لا يقل عن ٢٥٪ إلى ٣٠٪(٦٣). ويعد الفشل فى التعرف على الأدوار المنتجة التى تلعبها النساء من بين الأسباب العامة لعدم تلبية احتياجاتهن بصورة مُرضية من قبل أولئك الذين يقومون بتخطيط وتنفيذ خطط التنمية.

ظهر الاعتراف الرسمى بأهمية الأدوار التى تلعبها النساء فى تحقيق التنمية الاقتصادية ، فى عام ١٩٧٣ مع تطبيق تعديل بيرسى (Percy Amendment) للقانون الأمريكى للمعونات الخارجية ، والذى دعا للدمج الكامل للنساء فى جميع المشروعات التنموية التالية. وفى ذلك الوقت، كانت سياسات التنمية تميل للتركيز على تحسين معيشة الفقراء من خلال التدخلات المباشرة التى تهدف إلى ملاقاة الحاجات الأساسية ، فى الوقت نفسه الذى تهاجم فيه ما كان معتقدا أنه السبب الرئيسى للفقر: أى الزيادة السكانية. ولكون النساء هن المقدمات الرئيسيات للحاجات الأساسية ، والفاعلات الاجتماعيات المسئولات بصورة مباشرة عن تشكيل الاتجاهات السكانية ، فقد أصبحن متلقيات لبرامج الرفاهية (welfare programs) التى تركز على صحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة ، على سبيل المثال. ومن ناحية أخرى، كان يبدو أن البرامج المصممة لتخفيف حدة الفقر من خلال الزيادة المؤثرة فى الدخل والإنتاجية الاقتصادية ،

مخصصة للرجال وحدهم[٦٤]. وعلى الرغم من حسن نواياها ، فقد نتج عن كثير من تلك المبادرات أن ظلت النساء أكثر فقرا ، وأكثر هامشية ، وأكثر اعتمادا على غيرهن (انظر إطار ٨-٤).

ويعد إلغاء تطبيق النظام الجماعى (decollectivization) فى الزراعة الصينية ، والذى بدأ فى أواخر السبعينات، من أمثلة هذا النوع. وبعد وفاة ماو تسى تونج ، قام القادة السياسيون فى الصين بتطبيق برنامج جديد للإصلاحات الاقتصادية والاجتماعية ، كان من بين أجزائه مجموعة من "سياسات الإصلاح الاقتصادى" الريفية ، والمصممة لتنشيط النمو الزراعى. وتعرف السياسات الزراعية الجديدة الأسرة، وليس فريق أو مجموعة العمل ، كوحدة الإنتاج الرئيسية . وهناك ثلاث سياسات رئيسية بهذا الخصوص. هناك أولا "نظام المسئولية الأسرية" (family responsibility system) ، حيث تخصص التعاونيات الزراعية لكل منزل قطعة من الأرض لزراعة محاصيل بعينها .

ويترك للأسرة حرية تنظيم نظام العمل فى مزرعتها لكنها تجبر على الوفاء بالحصص المقررة للإنتاج ، أو أن تقوم بتعويض التعاونية الزراعية بقيمة الفرق. وإذا زاد الإنتاج عن الحصة المقررة، يمكن للأسرة الاحتفاظ بالفائض أو أن تبيعه ، أو أن تستهلكه ، أو تعمل على تقديمه إلى التعاونية الزراعية "كرصيد" فى النظام المحاسبى للتعاونيات . وبالتالى ، فقد توسعت الحدائق الخاصة التى كانت الأسرة تمتلكها تقليديا قرب منزلها ، مما يتيح للناس استزراع كميات أكبر من الخضر ، والحيوانات ، والمحاصيل الاقتصادية ، من أجل بيعها فى السوق المفتوحة. وتمثلت السياسة الثالثة فى تركيز جديد على ما يسمى الإنتاج الجانبى (sideline production)، مثل صناعات الأكواخ الصغيرة.

ونتيجة لتلك السياسات الجديدة، توارى أغلب العمل الذى تقوم به المرأة عن الأنظار. بينما تحت نظام الحكم الشمولى ، كان كل من الرجال والنساء يكسبون نقاطا للعمل (workpoints) (على الرغم من عدم تساوى المعدلات) تحتسب لهم كأفراد . أما تحت نظام الحكم الجديد، فيصنف عمل المرأة تحت قائمة الأعمال المنزلية، والتى كثيرا ما يتم التحكم فى الدخل الكلى لها من قبل الذكر الأرشد (الأعلى مقاما).

وينزع غياب المساهمة الاقتصادية المحددة للنساء ، إلى تقويض السيطرة الشخصية على طبيعة وعدد المهام التى يتوجب القيام بها ، وإلى تقليل قدرة المرأة على اتخاذ القرارات داخل الأسرة.

إطار ٨-٤: المرأة والتنمية

(Women and Development)

يضم مشروع تنمية نهر المهاويلى فى سريلانكا ، والذى يموله البنك الدولى، مقاربتين مختلفتين للتنمية الزراعية - زراعة المحاصيل الاقتصادية وإعادة التوطين . ويعد المشروع ركيزة أساسية لتحقيق الاكتفاء الذاتى من الأرز فى سريلانكا ، لذلك فقد اشتمل على رى أجزاء كبيرة من المناطق الجافة فى البلد بمياه نهر المهاويلى عن طريق بناء سد هائل . وسيقوم باستزارع الأرض المستصلحة حديثا ، والتى تبلغ مساحتها نحو ٦٤٥٠٠٠ إيكرا(*) ، نحو مليون ونصف المليون من المستوطنين الجدد الذين يتم تنظيمهم إلى وحدات أسرية مركزية (nuclear family units) ، ويطلب منهم إدارة مزارعهم حسب تعليمات الحكومة . تم تخصيص قطعة مساحتها ٢,٥ إيكرا من حقول الأرز (paddy land) ، إضافة إلى نصف إيكر للمسكن وما حوله من أرض ، من أجل توفير المحاصيل المخصصة لطعام أفراد الأسرة.

أدى المشروع إلى حدوث تحولات فى العلاقة بين الجنسين بطرق متعددة ؛ فالأعراف السنهالية التقليدية تأمر بأن يرث الأبناء والبنات حصصا متساوية من الأرض وغيرها من الممتلكات . ومع ذلك ، فمن أجل تقسيم قطع الأرض التابعة لمشروع المهاويلى ، استن تشريع خاص يقضى بأن يرث مزرعة الأسرة واحد فقط من الأبناء . وباعتبار أن استزراع حقول الأرز يعرّف على أنه مسئولية الذكور، فكان الوريث الوحيد فى الغالبية العظمى من الحالات ابنا وليس ابنة للأسرة.

أدى مشروع المهاويلى أيضا إلى إعادة تنظيم جذرية فى أدوار كلا الجنسين (gender roles) فى تقسيم العمل. فالنساء اللاتى تعودن على العمل جنبا إلى جنب مع الرجال فى نظام القطع والحرق الزراعى القديم(**) ، والذى كان يكمل زراعة حقول الأرز فى حقبة ما قبل التنمية ، وجدن منزلتهن قد تم تخفيضها بإبقائهن فى المنزل ، حيث تم

(*) (acre : مقياس للمساحة يساوى أربعة آلاف متر مربع - المترجم)
(**) (slash-and-burn : طريقة زراعية فى المناطق الاستوائية، حيث يتم اجتثاث النباتات ثم حرق الأرض، ويتم فى هذه الطريقة استزراع الارض لسنوات قليلة ، ثم تترك لكى تمتد إليها الغابات ثانية - المترجم).

تشجيعهن على تحسين معرفتهن بالصحة والتغذية ، وتطوير مهاراتهن فى أشغال الإبرة ، وتربية الحيوانات ، و- للسخرية - "البستنة المنزلية"(home gardening) ، من خلال انتظامهن فى مقررات دراسية فى "مركز التنمية المنزلية" (Home Development Center) الذى أقامته إدارة المشروع. كانت القوة المحركة وراء هذا الترتيب أيديولوجية نوعية (gen- der ideology) تنادى بأن "الرجال يكسبون لقمة العيش ، والنساء يعملن كزوجات وأمهات " ، والتى فرضها على قيادات المشروع مسئولو التنمية الغربيون . ويطلق منتقدو هذا النموذج عليه اسم "تحويل المرأة إلى ربة منزل" (housewifization).

كانت هذه هى الطريقة التى قدم بها المشروع "التنمية" للنساء . لم يكن هناك سوى عدد قليل من الرجال القادرين بالفعل على اكتساب المال الكافى لإعالة أسرهم . وبذلك، فبدلا من تكريس جل أوقاتهن للأعمال المنزلية ، كانت غالبية النساء يعملن طوال اليوم كعاملات زراعيات بدون أجر فى حقول الأرز الخاصة بأزواجهن ، قبل العودة إلى المنزل لمواجهة مسئولياتهن "كربات للبيوت " - من إعداد الطعام، والطهى، ورعاية الأطفال. وبدلا من أن يتعلمن أشغال الإبرة وأصول التغذية ، كانت النساء يعملن يوما مزدوجا . وحتى مع هذا ، كان محصول الأرز لأغلب الأسر التى أعيد توطينها غير كاف لتغطية نفقات الطعام والمستلزمات الزراعية . وساءت الظروف الاقتصادية للبلد ، وارتفع سعر الأرز، ولم يعد بالإمكان الاعتماد على الرجال "الكاسبين للقمة العيش" فى إنفاق جميع ما يتكسبونه على إعالة عائلاتهم ، أما النساء، واللاتى لم يعد لديهن أرض تحت تصرفهن ، فلم يعد بإمكانهن تعديل الأوضاع بزراعة محاصيل للطعام. كانت النتيجة هى انتشار الجوع وسوء التغذية فى قلب اقتصاد مبنى على إنتاج الطعام. وفى الحين الذى فشل فيه مشروع نهر المهاويلى بطرق أخرى ، فقد كان من الممكن اجتناب تأثيره المدمر على النساء إذا تمكن مسئولو التنمية الغربيون من تخطى الأيديولوجيات الغربية التى تنصح ببقاء النساء فى المنازل، وترك تقسيمات العمل المحلية بين الجنسين على حالها(٦٥).

من الواضح أن السياسات الزراعية جلبت معها تركيزا متجددا على أهمية تركيزالانتباه ، بالنسبة للنساء ، على أعمال المنزل ورعاية الأطفال. ومع ذلك ، فلا ينظر إلى ذلك على أنه غير متوافق مع الاشتراك طول الوقت فى الإنتاج المنزلى الارتكاز (home-based) ، مثل أنشطة الإنتاج الجانبى ، أو الاعتناء بزراعة حديقة الأسرة.

وختاما، فمع السياسات الزراعية الجديدة، ازداد العبء الناجم عن عمل المرأة. وفى الحين الذى كان يتم فيه تحت النظام الشمولى بذل بعض الجهود لتحرير المرأة من

تأدية الواجبات المنزلية طول الوقت، فقد كان النظام الجديد ، مع تركيزه على الأدوار الأنثوية التقليدية ، إضافة إلى تحفيزه لزيادة الدخل عن طريق العمل الشاق والتوسع فى الإنتاج ، يعنى عودة النساء للعمل يوما مزدوجا.ويذكر تقرير لأحد الباحثين الحقليين الذين قاموا بدراسة الحياة الأسرية فى عدد من البيوت الريفية فى أوائل الثمانينات ، ما يلى:

"فى جميع تلك البيوت ، كانت النساء يستيقظن مبكرا، ويبدأن العمل فى الرابعة صباحا أو قبل ذلك ، كما كن يعملن لمدة ١٠-١٢ ساعة فى قطاع الإنتاج الجانبى. كان الرجال يعملون بدورهم ، لكن وضع النساء كان مختلفا فى الأوجه التالية: أولا، فبالإضافة إلى العمل لمدة ١٠-١٢ ساعة فى الإنتاج الجانبى،كانت النساء مسئولات عن الطهى ، والغسيل، ورعاية الأطفال ، وحمل الفضلات البشرية المستخدمة كسماد إلى حفرة فى الحقل ، ثم إعادة الأوانى الخشبية إلى المنزل بعد تنظيفها جيدا ومن المثير للدهشة ، أن الرجال لم يكونوا يقومون بأى من هذه المهام : "كانت هذه دائما من مهام المرأة"، كما أخبرونى ، وإذا قام أحد الرجال بتأدية هذه المهام ، فسيقول له الآخرون "إن زوجتك كسولة"[٦٦].

تشير التعديلات البنوية (structural adjustment) إلى برنامج متماسك نسبيا للإصلاحات الاقتصادية فى البلدان المثقلة بعبء ثقيل من الديون الدولية. وقد تم وصف هذه الإصلاحات من قبل الهيئات الدولية الكبرى ، مثل صندوق النقد الدولى (Intena-national Monetary Fund) ، والبنك الدولى (World Bank) ، كشرط مسبق لاستلام القروض. وتهدف القروض إلى مساعدة الحكومات على التغلب على مواقف الأزمات الاقتصادية خلال فترة وجيزة. وتحاول الإصلاحات تحويل الكساد إلى نمو اقتصادى على المدى البعيد من خلال ما أطلق عليه أحد الباحثين "الانكماش الاقتصادى (deflation) ، وتخفيض قيمة العملة (devaluation) ، والانزراق (نزع الرقابة الحكومية : decontrol) ، والخصخصة (privatization)"[٦٧]. ولذلك ، تسعى هذه الإصلاحات

لتحسين الحالة الإنسانية على المدى البعيد. وهى تشمل ، نمطيا ، إلغاء الدعم الحكومى للطعام وغيره من السلع الأساسية ، وتعويم العملات المحلية ، وتقليل حجم الإنفاق على الخدمات الاجتماعية مثل الصحة والتعليم ، وإلغاء تأميم الأنشطة الإنتاجية المدعومة من قبل الدولة ، والتحول من الإنتاج لأجل الاستهلاك المحلى ، إلى الإنتاج من أجل التصدير .

وكثيرا ما ينتج عن هذه التعديلات ، على المدى القصير على الأقل، ارتفاع الأسعار وفقدان العاملين لوظائفهم. ومع ارتفاع تكاليف المعيشة واختفاء فرص العمل ، يتوجب على النساء البحث عن فرص لاكتساب الدخل من خلال التصنيع الموجه للتصدير أو فى قطاع العمل غير الرسمى. وكثيرا ما تنجح النساء فى الحصول على الوظائف حيث يفشل الرجال ، نظرا لأن القوى العاملة تتسم بالفصل بين الجنسين فى كثير من المجتمعات ، كما إن النساء يعملن بأجور أدنى. وباختصار ، فإنه يتوجب على النساء أن يعملن بجد أكثر ، سواء داخل البيت أم خارجه[٦٨]. وتقدّر منظمة الأمم المتحدة أنه فى كثير من البلدان التى تضررت بشدة من جراء الأزمة الاقتصادية فى الثمانينات ، تعمل النساء فى الوقت الحاضر من ٦٠-٩٠ ساعة أسبوعيا للمحافظة على مستويات معيشية منخفضة فى الغالب وتعود إلى عقد مضى[٦٩].

نتج عن سياسات التعديل البنيوى أيضا تكثيف العمل المنزلى. فقد كانت أوجه القصور فى الخدمات الاجتماعية تعنى أنه ، إذا كان ولابد من تقديم الخدمات أصلا ، فلابد من تقديمها فى المنزل ، من قبل النساء. وفى المكسيك ، وهى إحدى أكثر الدول تضررا من الأزمة الاقتصادية ، حوّل التقشف الاقتصادى التسوق لشراء الطعام من عملية يومية إلى عملية أسبوعية. ويتم تنفيذ المزيد من عمليات الحياكة والترقيع فى المنزل ، إذ أنه ليس هناك من مال لشراء الملابس الجديدة من المتاجر. وتقوم النساء بتأدية جميع هذه المهام. ويتم الضغط على البنات اللاتى يعملن فى وظائف طول الوقت ، وليس على اخوتهن الذكور ، للخدمة من أجل تخفيف العبء عن الأمهات ، مما يؤدى لحدوث نمط يعرف باسم "متلازمة الابنة الكبرى" (oldest daughter syndrome) ، حيث تهدد البنات بالزواج المبكر أو بالهجرة للهرب من دورهن الجديد داخل الأسرة[٧٠].

وتضرب البطالة الناجمة عن التعديلات البنيوية بدورها بقسوة على كاهل النساء. وفى نيكاراجوا ، حل الخراب بتعاونيات النساء الحكومية التى كانت تنتج المنسوجات ،

والخبز ، والمصوغات ، والأثاث، نتيجة لسياسات الخصخصة ، فلم يعد بوسعها منافسة المصنوعات الأجنبية ، كما أن رفع الدعم الحكومى عن الأسعار أدى إلى تقليص فرصة الحصول على المواد الخام بصورة كبيرة وقد تكيف العاملون على الوضع الجديد بالانسحاب إلى القطاع الاقتصادى غير الرسمى ؛ فبدلا من الانخراط فى وظائف دائمة، يقومون ببيع المرطبات والملابس المستعملة من منازلهم ذاتها. ولكونهن المستفيدات الرئيسيات من أنشطة التعاونيات، فقد تضررت نساء نيكاراجوا بشدة نتيجة لانهيار تلك التعاونيات[٧١].

وفى الحين الذى كانت تعمل فيه النساء أكثر نتيجة للتعديلات البنيوية، كن يتعرضن أيضا لسوء التغذية ؛ فارتفاع أسعار الطعام وانخفاض الدخول كان يعنى أن الناس كانوا يأكلون كمية أقل ونوعية وأدنى من الفواكه والخضروات الطازجة ، ومن البروتينات ، أى مصادر أرخص للسعرات الحرارية بصورة عامة. وبالإضافة إلى ذلك ، تتعرض النساء والبنات للأذى بصورة أكبر بكثير ، فى حين تمنح الأولوية للذكور "الكاسبين للقمة العيش"[٧٢].

تقولب سياسات التنمية لعقد السبعينات ، النساء كملحقات (تابعات : adjuncts) للرجال - كربات للبيوت وأمهات بدلا من اعتبارهن كمنتجات اقتصاديات يتمتعن بالاكتفاء الذاتى. ومهما كان حجم الدخل الذى يكتسبنه ، كان من المفترض أن هذا يعتبر دخلا إضافيا - أو "مصروف جيب" (pin money) لشراء "اللوازم الإضافية " للأسرة . كانت برامج تنمية المرأة التى ركزت على شحذ المهارات المنزلية ، أو تلك التى دربت النساء على اكتساب الدخل من خلال تصنيع المنتجات ذات العلاقة بالمهام النسوية التقليدية (مثل الخياطة ، والأشغال اليدوية ، وتجهيز الطعام) ، متوافقة مع ذلك المفهوم الأساسى ، لكنها فشلت فى ملاقاة الحاجات الفعلية للنساء فيما يتعلق بالاندماج الكلى فى الحياة الاقتصادية .

واستطاع "عقد المرأة" الذى رعته الأمم المتحدة أن يلفت نظر العالم إلى الأدوار الإنتاجية ، إضافة إلى تلك التناسلية ، للمرأة. ونتيجة لهذا الجذب العالمى للانتباه ، بدأت تظهر المحاولات لإعادة صياغة ممارسات النواتج الاقتصادية لتشمل ما تقوم به

المرأة أيضا. وبهذه الروح ، بدأت المقاربات الجديدة لتقييم الإنتاجية في اعتبار قيمة الوقت ، إضافة إلى المال ، وفي تقدير قيمة الوقت المخصص للأعمال غير المدفوعة الأجر.

وقد أفرز العقد العالمي للمرأة أيضا عددا قليلا من مشروعات المعونة التنموية للنساء ، والمبنية على فرضية (premise) أن ما تحتاجه المرأة ليس دروسا تعلمهن كيف يكنّ ربات بيوت ، ولا تدريبا على طرق اكتساب المال ، بل الوصول إلى تلك الموارد – مثل النقود والدعم الفني – التي تمكنهن من أن يصبحن سيدات أعمال ناجحات ومستقلات. ومن أمثلة ذلك البنك الدولي للمرأة (Women's World Banking) ، وجمعية التنمية والتكامل للمرأة (Association for the Development and Integration of Women : ADIM) ، واللتان تم تأسيسهما في نحو العام ١٩٨٠ على أيدي مفوضات اجتماع السنة الدولية للمرأة الذي عقد في مكسيكو سيتي. ويقدم البنك الدولي للنساء الدعم لسيدات الأعمال الواعدات من جميع أنحاء العالم في صورة المعونة التقنية والقروض. وتقدم الجمعية ADIM القروض للنسوة العاملات في التجارة والنسوة اللاتي يمتلكن أعمالا صغيرة بالفعل . وبحلول نهاية الثمانينات ، قدمت الجمعية ١٠.٠٠٠ قرضا لثلاثة آلاف مقترضة ؛ وكانت نسبة استرداد الديون أكثر من ٩٠٪[٧٣].

يعد تمكين النساء من أن يصبحن مُنتِجات ، وأن يتحكمن في العمل الذي يقمن به ، وفي وسائل إنتاجهن ، والمال الذي يكتسبنه ، قضية متعلقة بالصحة بقدر ارتباطه بالتنمية الاقتصادية. فللسيطرة على الموارد تأثير مباشر ومفيد على الصحة العقلية وعلى العافية ، كما أن لها آثارا غير مباشرة بالمثل ، فهي تدرأ عن النساء تلك الظروف القمعية التي تعرضهن لخطر الإصابة بالمرض العقلي ، كما تتيح لهن النجاة من المواقف المحفوفة بالعنف وسوء المعاملة . وتمكن السيطرة على الموارد النساء من حماية أطفالهن وإعالتهم. وفي مواجهة السياسات التي تشجع النساء على أن يكنّ ربات بيوت ومستهلِكات (consumers) فحسب ، هناك حاجة لتعزيز أهمية دعم النساء في الاقتصاديات المحلية ، والأنشطة التجارية. وهناك حاجة أيضا لتقييم المخاطر المحتملة التي قد تتعرض لها حياة النساء من جراء تطبيق سياسات التنمية التي تشجع اعتمادية (dependency) المرأة.

نحو بحث عن الأسباب الاجتماعية لاعتلال صحة المرأة

(Toward Research on the Social Origins of Women's Ill Health)

يعد الاعتراف بالأعباء التى تتحملها النساء فى الدول الفقيرة بصورة يومية خطوة أولى بالغة الأهمية لفهم الضوائق التى يتعرضن لها. وللحد الذى تعمل فيه الإصلاحات الاقتصادية الحالية ، مثل التعديلات البنيوية ، على زيادة معاناة النساء ، يمكننا أن نتوقع أن نرى ذلك منعكسا فى صورة تدهور صحتهن العقلية. ومع ذلك ، فمهمة تحليل تأثير السياسات والممارسات التنموية على النساء من منظور يعزز التفاعل بين القوى الاقتصادية والثقافية ، قد بدأت لتوها. ونقدم فى المقاطع التالية مثالين عن الكيفية التى يمكن أن تتأثر (interact) بها القوى الاقتصادية والثقافية لالتهام عافية المرأة .

خذ ، على سبيل المثال ، أولئك "النساء المفقودات" (missing women) اللاتى سجلتهن أبحاث علماء الديموجرافيا مؤخرا[٧٤]. فالأولاد والبنات يولدون بنسب متساوية تقريبا (نحو ١٠٥ مولود ذكر لكل ١٠٠ مولودة أنثى) ، والإناث هن أقرب احتمالا لأن يبقين على قيد الحياة فى جميع أطوار حياتهن ، وأن يعشن لمدد أطول من الذكور الذين يعيشون تحت ظروف الرعاية ذاتها. ومع ذلك ، فقد أشارت نتائج الإحصاء القومى للسكان فى الهند ، والتى نشرت عام ١٩٩١ ، إلى وجود ٩٢٠ امرأة فقط لكل ١٠٠٠ رجل فى تلك الدولة (وقد انخفض ذلك المعدل عن مثيله فى بداية هذا القرن ، وهو ٩٧٢)[٧٥]. وفى الصين ، تكشف المعلومات التى أعلنها المكتب الحكومى للإحصائيات وجود نسب (ratios) الذكور إلى الإناث قدرها ١٠٨,٤٧ لكل ١٠٠ فى عام ١٩٨١، و١١٠,٩٤ لعام ١٩٨٤، و١١٣,٨ لعام ١٩٨٩[٧٦]. وحسب المعلومات التى نشرتها منظمة الأمم المتحدة، تبلغ نسبة الإناث إلى الذكور فى المملكة العربية السعودية ٨٤ لكل ١٠٠، و٦٧ لكل ١٠٠ فى البحرين ، و٤٨ لكل ١٠٠ فى الإمارات العربية المتحدة [٧٧]. وبناء على تلك الحسابات المتشابهة ، يقتنع أمارتيا سين (Sen) بأن هناك ١٠٠ مليون امرأة "مفقودة" من عالم اليوم[٧٨].

ويشرح سين كيف يمكن أن تتأثر الإصلاحات الاقتصادية مع القيم الثقافية لتسهم فى إحداث ظاهرة "النساء المفقودات " فى الصين[٧٩]. وعلى سبيل المثال ، تعمل سياسة الطفل الواحد السكانية في واقع الأمر ، على الرغم من أنها محايدة من ناحية الجنس (gender neutra) ظاهريا ، على تعزيز التفضيل التقليدى للأبناء الذكور فى المجتمع الصينى ؛ فإذا أتيح للأسرة إنجاب طفل واحد ، يصبح من الأكثر أهمية أن يكون هذا الطفل ولدا. وبالمثل ، فإن استبدال النظام الزراعى التعاونى بنظام مسئولية الأسرة عن زراعتها ، أدى إلى منح أولوية قصوى للخدمات الصحية ، حيث اعتمدت البرامج الصحية الريفية على النظام الجماعى (collective) فى جزء كبير من ميزانيتها ونظرا لمحدودية الموارد المالية، فقد تُجبر الأسر على اعتماد خيارات متعلقة بمن يتلقى الرعاية الصحية ومن لا يحصل عليها . ومرة أخرى ، فإن القيمة الأعلى الممنوحة للذكور يجعلهم أكثر احتمالا لأن يتلقوا الرعاية المطلوبة.

فى حالة الهند ، افترض أجراوال (Agrawal) أن بعض أنماط التنمية الاقتصادية تؤدى إلى زيادة حدة تابعية (subordination) جنس للآخر ، مع احتمال تعرض النساء لتأثيرات مدمرة بهذا الخصوص[٨٠]. وقد ركزت جهود التنمية فى الهند على النمو الزراعى من خلال تطبيق التكنولوجيا الحديثة لتحقيق ما يسمى "الثورة الخضراء" .

ويلاقى أولئك الذين يمتلكون المال اللازم لاستثماره فى شراء البذور ، والأسمدة، وحفر الآبار ، وشراء الآلات الميكانيكية ، بعض النجاح فى الوصول إلى الثورة الخضراء، بينما لا ينجح أغلب الآخرون فى ذلك . وقد أغرى النجاح أصحاب الأراضى الذين كانوا يؤجرونها لغيرهم ، بأن يستردوها لمضاعفة الأرباح ، مما أدى لوجود مجموعة جديدة من المزارعين الذين لا يمتلكون أرضا لزراعتها . وأدت الآبار التى تم حفرها لرى الأراضى الزراعية إلى خفض معدلات المياه الجوفية بصورة مستديمة ، مما يجعل أراضى الذين لا يقدرون على حفر الآبار جدباء قاحلة . وباختصار، فقد ازداد الأغنياء ثروة ، بينما ازداد الفقراء فقرا على فقرهم ، كنتيجة للثورة الخضراء الهندية ؛ وقد ازداد الفصل بين الطبقات حدة نتيجة للتنمية الاقتصادية . ومن المتوقع أنه ، مع ازدياد معدلات الفقر، فستكون له تأثيرات مدمرة على النساء بصورة خاصة من خلال إحياء (انبعاث) وتفاقم الممارسات التى تفرق بين الجنسين (gender discrim-inatory) فى تلك المنطقة .

يتوافر فى الوقت الحالى كم ضئيل من الوثائق الأكاديمية التى تنتقد سياسات التعديلات البنيوية نتيجة لتحميلها لعبء كبير على النساء بصورة خاصة[٨١]. وتتعرض بعض هذه الكتابات بصورة عابرة للقضايا المحددة التى تم شرحها بالتفصيل فى هذا الكتاب ، باعتبارها من أوجه معاناة المرأة . وتمت الإشارة إلى التأثيرات الضارة لسياسات التعديلات البنيوية على الحالة التغذوية للنساء ، إضافة إلى زيادة العبء الذى يمثله العمل غير المأجور.

ومع ذلك ، فهناك حاجة للمزيد من المعلومات التفصيلية ، من أجل التوصل إلى فهم معقول لمغزى الإصلاحات الاقتصادية الحالية بالنسبة لصحة المرأة ، حتى يمكن البدء بتقويم آثارها الضارة. وهناك حاجة خاصة لإجراء الأبحاث لتعزيز التأثر (inter-action) بين العوامل الثقافية والاقتصادية فى تحليل للأسباب الاجتماعية لمعاناة المرأة .وقد تبدأ الأبحاث المستقبلية بسؤال هو : هل تؤدى زيادة معدلات الفقر إلى تخفيض مرتبة النساء؟ وإذا كانت الإجابة بنعم ، فما هى الطرق التى يحدث بها ذلك ، وكيف يمكنها أن تؤثر على عافية المرأة ؟

ما الذى يمكن عمله ؟

إن مما له نفس أهمية فهم الأسباب الاجتماعية لاعتلال صحة المرأة ، أن نتعرف على ما يمكن عمله ، وما يتم عمله بالفعل ، من أجل تحسين وضع المرأة وعافيتها .

يتطلب وضع السياسات والبرامج المتعلقة بالتعريفات الأكثر شمولا للصحة ، الاستماع للنساء اللاتى تُصمم هذه البرامج لخدمتهن ، وذلك فى جميع مراحل التخطيط ، والتنفيذ ، والإدارة. ويزيد الاستماع إلى النسوة اللاتى سيستفدن ويعملن فى هذه البرامج ، من احتمال توافق هذه الخدمات المقدمة مع الظروف المحلية ، ومن ثم من احتمال تقبلها وتطبيقها .ولابد هنا من تبديد خرافة (myth) أن النسوة الفقيرات لا يمكنهن ، ولا يرغبن ، فى الحديث عن أنفسهن[٨٢].

ولم يتم إلى الآن عمل أغلب مهام الاستماع المحلى ، أى التوجه إلى المجتمعات المحلية والتحدث مع النساء عن كيفية معيشتهن وعن حاجاتهن الصحية . وفى الوقت نفسه، يمكننا أن نستمع إلى أصوات المشاركين فى مؤتمر المجلس الوطنى للصحة الدولية (NCIH) لعام ١٩٩١، والذى خصص لصحة المرأة[٨٣]. ونظرا لتوافقها مع تعريف الصحة كعافية عامة (general well-being) ، تم توجيه التوصيات التى تمخض عنها المؤتمر نحو التقوية الشاملة للمرأة. وبصورة خاصة ، فقد اشتملت هذه التوصيات على ما يلى :

(١) ترسيخ قواعد صحة المرأة وعافيتها ، ثم قياس مدى التقدم نحو ملاقاة هذه المعايير .

(٢) وضع الطرق لمراقبة تأثير برامج التعديلات البنيوية على رفاهية المرأة ، ووضع البرامج للحد من تأثيراتها الضارة.

(٣) تعزيز ، أو تفعيل، التشريعات التى تهدف لتحسين وضع المرأة .

(٤) تلبية حاجات المرأة فيما يتعلق بتساوى فرص العمل والتنمية الاقتصادية .

(٥) توسيع نطاق التعليم للنساء والبنات[٨٤].

وتقدم إقامة الحركات المحلية وتعزيز أوجه القوة الريفية سبيلا أخر يمكن من خلاله تحسين أوضاع المرأة وصحتها. وتوضح السلسلة التالية من الأمثلة سعة حيلة النساء فى مواجهة الجذور الاجتماعية للمرض العقلى ولاعتلال الصحة.

منذ ما يقل عن العام، كانت النسوة فى إحدى مجموعات محو الأمية فى ولاية أندرا براديش الهندية يقرأن قصة فى كتابهن الأول (primer) عن كيف نظمت مجموعة من ربات البيوت فى إحدى القرى ، واللاتى ضقن ذرعا باعتياد أزواجهن على إنفاق القدر الأكبر من الدخل المحدود للأسرة على شراء الكحول بدلا من الطعام ، بتنظيم خطة لإجبار متجر الخمور المحلى على إغلاق أبوابه . بدأت النساء ضمن هذه المجموعة فى الحديث معا، وسرعان ما أدركن أنهن يتشاركن فى هذه المشكلة وغيرها

من المشكلات المتعلقة بإدمان الرجال للخمر. ويمكن أن تصل معدلات إدمان الكحول فى أندرا براديش إلى ٩٠٪ بين الذكور فى بعض القرى ، حيث يكتسب الرجال أجورا ضئيلة نظير قيامهم بالعمل فى المزارع . وبعد انتهاء العمل ، يلتقى العمال بأصدقائهم الرجال عند متجر الخمور المحلى ، حيث ينفقون أكثر من نصف ما اكتسبوه على الشراب ، فى حين تترك النساء الحقول لجمع حطب الوقود ، قبل أن يعدن إلى بيوتهن لإعداد طعام العشاء للأسرة . وبعد العشاء ، يقوم الأزواج المخمورون بضرب زوجاتهم.

وقبل مضى زمن طويل ، أشعلت مجموعة النساء اللاتى بدأن لتوهن فى تعلم القراءة والكتابة ، ما يمكن أن يطلق عليه أول حركة نسائية ريفية على نطاق واسع فى تاريخ الهند . قمن بالهجوم على متجر الخمور فى قريتهن ، وسكبن براميل الخمر فى الطرقات ، كما قمن بحلق شعور العديد من الزبائن الغافلين الذين كانوا متدلين فوق البار بتأثير الخمر . وقامت مجموعة من النساء فى قرية أخرى بالعمل نفسه ، ثم أخرى، حتى تم تحطيم ٦٠٠٠ متجر للخمور فى ولاية أندرا براديش وحدها . وبعد مواجهة السُكْر (drunkenness) ، تحركت النساء للقضاء على الدعارة ، وذلك حرفيا بتحطيم عدد من المواخير (brothels) التى اعتاد أزواجهن وآباؤهن قضاء الليل فيها [٨٥].

تنظم النساء فى آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية ، صفوفهن لمقاومة القمع ومواجهة أسباب اعتلال الصحة. قامت نساء الزابوتيك (Zapotec) فى منطقة سان كريستوبال فى المكسيك ، واللاتى أحسسن بالقوة نتيجة لحصولهن مؤخرا على الاستقلال الاقتصادى كبائعات ناجحات للمشغولات اليدوية ، بطرد أزواجهن الكسولين والذين يسيئون معاملتهن ، وأقمن نظاما لحماية أنفسهن من الاعتداءات الجنسية فى السوق[٨٦]. وفى أحد الأحياء الفقيرة من مدينة ليما ، عاصمة بيرو، تحمل النسوة صافرات لتحذير بعضهن البعض من اعتداء وشيك[٨٧].

تدافع "المحاميات الحافيات" (barefoot lawyers) ، أى النسوة المحليات المحترمات اللاتى تلقين تدريبا أساسيا على النظم والإجراءات القضائية المتعلقة بقضايا المرأة ، عن حقوق المرأة لدى الأنظمة القضائية والسياسية فى المناطق الريفية من أوغندا [٨٨]. كما تقوم الجمعية الوطنية للممرضات والقابلات فى نيجيريا بتدريب عضواتها على

المخاطر الصحية لختان الإناث ، كما أعدت بعض المواد التثقيفية فى صورة أغنيات ، وكتب هزلية (comic books) ، ومسرحيات، فى محاولة منها لرفع مستوى وعى الجمهور بالقضية[٨٩].

فى إحدى القرى الواقعة خارج مدينة Banda Aceh فى جزيرة سومطرة الإندونيسية ، قامت النسوة المحليات بإقامة عيادة للرعاية الصحية الأولية (بمساعدة حكومية) ، ولازلن يتولين إدارتها ، حيث ينخرطن بنشاط فى جمع وتوزيع الموارد ، مثل موانع الحمل الفموية ، ومحاليل الإمهاء الفموية (oral rehydration solutions) ، والمعدات الطبية . وتعتمد الكثير من البرامج الحكومية الإندونيسية على النساء من أجل تعبئة الدعم المجتمعى ، ولقيادة الجهود المجتمعية المتعلقة بالصحة[٩٠].

وفى الهند ، تقوم منظمة سيدات الأعمال (Self-Employed Women's Organization; SEWA) ، وهى نقابة تجارية مسجلة ، بتنظيم صفوف العاملات فى القطاع الخاص ، ومساعدتهن فى المطالبة بحقوقهن فى المحافل القضائية والسياسية. ومن بين منجزات المنظمة SEWA ، كان إقامة المصرف التعاونى للنساء ، والذى يقدم القروض التى هناك حاجة ماسة لها ، إضافة إلى كونه مصدرا للدعم المالى فى أوقات الإضراب عن العمل. كما تم إنشاء تعاونية للعاملين الصحيين المدربين من خلال المنظمة SEWA من أجل تقديم الرعاية الصحية الأولية. ويستبطن هدف زيادة اعتماد النساء على أنفسهن جميع أنشطة المنظمة SEWA[٩١].

تستحق المبادرات مثل هذه الدعم بأية صورة مطلوبة – كالمال ، أو الخبرة التقنية، أو إضفاء الشرعية على الأنشطة. ويمكن أن تعتمد المبادرات الجديدة التى تعالج قضايا الصحة العقلية للمرأة بطرق محلية ذات مغزى ، على تلك الجهود والنماذج الريفية. وفى إندونيسيا ، تقوم الطبيبات الملتزمات بتقديم خدمات الصحة العقلية والتوسع فيها ، بالترويج للبرامج التى يتم دمجها فى برنامج الرعاية الصحية الأولية للقرية ، حيث يتم تدريب النسوة المحليات ، ودفع الأجور لهن ، على تقديم خدمات التحرى (screening) ، والدعم ، والمعالجة المبدئية[٩٢].

وتوحى هذه الجهود الريفية بنماذج لتطوير برامج الصحة العقلية التى تلبى حاجة النساء للفرص الاقتصادية ، والحاجات المحلية لصميم الخدمات ، وتوفير العاملين بها ، والسيطرة عليها . ويمكن تدريب كوادر (cadres) من العاملات الصحيات - أى النساء اللاتى يمكنهن تقديم الخدمات للأطفال والرجال ، بالإضافة إلى النساء - على مجموعة من المهارات الملائمة للقدرات ، والحاجات، والمواقف المختلفة. ويمكن التعرف على القضايا البارزة فى مجتمع ما ، لكى تمثل محور التدريب وردة الفعل تجاه البرنامج .

تعد كلا الجهود المبذولة على المستوى الدولى والمحلى من الأهمية بمكان ، ولكى يبلغ نجاحهما أقصى معدلاته، فلابد لهما من الاتصال ببعضهما البعض. ويمكن أن يتخذ ذلك الاتصال أشكالا متعددة ؛ ومنها "التدريب على الاستماع" ، والذى ذكرناه سابقا ؛ فلابد للهيئات الخارجية المانحة ، والتى تسعى لتنشيط الصحة و"التنمية" ، من أن تفعل ذلك بعد أن تكون قد استمعت ، وسمعت ، وعملت بمقتضى خطط العمل التى وضعها أولئك الذين سيصبحون المستفيدين من البرنامج فى النهاية. وبالنسبة للنساء ، يعنى ذلك كونهن شريكات فى العملية التنموية. ويعد الدعم الدولى للمبادرات المحلية من بين آليات الاتصال الأخرى ، لكن هذا الدعم لابد أن يكون ذا علاقة بالحاجات الفعلية. ومن الآليات المحتملة الأخرى هناك استنساخ (replication) البرامج المحلية وبرغم ذلك ، فليست جميع البرامج قابلة للنقل ، حيث أنه لا يمكن نقلها دون الاعتناء الواعى بمشكلات تعديلها للتوافق مع الأطر الاجتماعية ،والثقافية، والسياسية المختلفة.

ويمكن التفريق بين السياسات المتعلقة بالصحة (health policies) ، وبين السياسات "الصحية" (healthy) على مستوى الدولة[٩٣]. فالسياسات "الصحية" هى البرامج الحكومية ذات التأثيرات الصحية الموجبة ، برغم أنها لا تستهدف مكافحة الاعتلال والمرض بصورة خاصة. وتدعم السياسات الصحية المتعلقة بالنساء ، الأيديولوجيات النوعية (gender ideologies) الحكومية التى تعزز الوضع الثقافى، والسياسى، والقانونى للمرأة من خلال تشريع تساوى فرص الاستثمار العام ، والحماية، لكل من الإناث والذكور. وتكون الدول ذات الأيديولوجيات النوعية التى تتسم بالمساواة بين الجنسين أكثر احتمالا بكثير لتعليم الإناث بنفس المعدلات التى للذكور تقريبا ، وأن تقدم الحماية القانونية والفرص الاقتصادية للمرأة ، من تلك الدول التى

لا تعزز مثل تلك المساواة. وبرغم أن المساواة القادمة بين الجنسين فى السياسات الحكومية النوعية تتطلب تعبئة الإرادة السياسية والفعل السياسى ، فلابد من أن يكون تأثيرها على عافية المرأة ، ومن ثم على عافية المجتمع ككل ، مُعتبرا. وتعد إندونيسيا ، والتى تمتلك فى الوقت الحاضر سياسات تقدمية صممت لتعزيز وضع المرأة فى المجتمع ، من الأمثلة الحية على ذلك.وتحرص الدولة على إشراك النساء ، إلى جانب الرجال ، فى تنفيذ المشروعات التنموية ، كما تقترب معدلات التعليم لدى النسوة الإندونيسيات من تلك التى للرجال ؛ إذ أن ٨٣٪ من النساء ، و٩٠٪ من الرجال يستطيعون القراءة والكتابة.

والسياسات الصحية بالنسبة للنساء هى تلك التى تمت صياغتها بحيث تزيد من القوة الشخصية والسياسية للمرأة ، والتى تساعد فى انتشالها من الفقر والقمع ، وتضمن وصولها إلى الموارد الاقتصادية والسيطرة عليها . ويمكن مواجهة الفقر لدى المرأة من خلال المبادرات الاقتصادية التى تزيد من إنتاجية النسوة المزارعات (من خلال حصولهن على التكنولوجيا والقروض) ، والتى توفر فرصا متساوية للعمال من الجنسين للحصول على الأعمال التى تدر دخلا ، وتضمن حصول جميع البنات على فرص الدراسة واستمرارهن فيها ويمكن مواجهة القمع الذى تتعرض له النساء من خلال تقديم الحوافز الاقتصادية وغيرها لتعزيز القوانين الحالية التى توفر الحماية للمرأة ، مثل تلك القوانين التى تحرم البائنات فى الهند وبنجلادش . وإذا استطاع البنك الدولى، على سبيل المثال، أن يقدم قروضا مستقبلية لدعم الخدمات الصحية فى كينيا ، شريطة أن تعتمد الحكومة هناك برنامج التمويل الصحى المفضل لدى البنك[٩٤] ، يمكنه أيضا أن يشترط تحسين أوضاع النساء هناك.

ويمكن تطوير السياسات الصحية التى تدمج قضايا الصحة العقلية فى نظام الصحة العامة ، وتلبى الحاجات والمخاوف الصحية للنساء منذ الطفولة وحتى أرذل العمر، بطرق متعددة. وتعد الاعتبارات الأخلاقية وكفاءة الممارسين الصحيين من المقومات الأساسية لصياغة البرامج الصحية المتكاملة ، والقادرة على معالجة وإصلاح الصدمات الناجمة عن الاغتصاب، ووصمة العنف الجنسى أو المنزلى ، والاكتئاب الناجم عن الانعزال أو القمع النوعى (gender oppression) ، والقلق الناجم عن الفقر.

وعلى الرغم من أنه لا يمكن استئصال الجذور الاجتماعية للعديد من المشكلات عن طريق الرعاية الصحية وحدها، فإن إغفالنا للدور المحتمل لنظام الرعاية الصحية يكمن فى تلبية احتياجات النسوة الفقيرات الذى سيفترض ضمنًا أن المجتمع لا يرغب فى إنفاق موارده على صحة المرأة.

هناك حاجة لتقييم مؤسسات التعليم الصحى ، مثل كليات الطب وبرامج تدريب فى مجال الرعاية الصحية ، كما أن هناك حاجة لتناول القضايا المتعلقة بمعالجة المرض العقلى أو التأثيرات الناجمة عن العنف. وقد اكتسب الاتصال بين العاملين فى مجال الرعاية الصحية والأطباء ، مع المرضى من النساء ، سمعة سيئة بوصفه أبويا (pater- nalistic) فى أجزاء كثيرة من العالم ، بغض النظر عن جنس الطبيب أو العامل الصحى ، مما يزيد فى كثير من الأحيان من صعوبة تصريح المريضة بشعورها بالضوائق النفسية أو تعرضها للعنف الجنسى ، بل ويصمه فى بعض الأحيان.وقد يتم تقييم التدريب وتحسين الكفاءة لأطباء الرعاية الصحية الأولية والعاملين الصحيين ، لمعالجة تأثيرات العنف المنزلى ، والاغتصاب ، والضوائق النفسية التى تستشعرها النساء عادة ، بصورة مترادفة مع مراجعة لما تريده النساء مثاليا ممن يقدمون الرعاية الصحية لهن .

يتوجب على السياسات الصحية أيضا أن تواجه تحدى صياغة استجابات أخلاقية ، وفى الوقت نفسه "ذات حساسية ثقافية " (culturally sensitive) ، للممارسات المضرة بصحة النساء والبنات (مثل ختان الإناث ، ووأد البنات ، والإجهاض النوعى ، وممارسات التغذية التى تفرق بين الأطفال من الجنسين). ويمكن حل هذه المعضلات بصورة جزئية من خلال تقديم الدعم للحركات المحلية للصحة العامة ولحركات الجهود الريفية.

يمكننا استخدام السياسات الصحية والبرامج المواكبة لها كقوة لتعبئة الإرادة السياسية وتنشيط تغيير السياسات التى تسيطر عليها القطاعات الحكومية الأخرى. ويعد التوثيق المستمر للعلاقة القوية بين صحة المجتمع ككل وبين تعليم البنات مجرد مثال على ذلك. ومن الأمثلة الأخرى ، نجد التحليلات المماثلة للروابط الموجودة

بين صور عدم المساواة القانونية (مثل التفرقة بين الجنسين في قوانين الأسرة والقانون الجنائي) ، وبين العنف الجنسي والمنزلي ومعقباتهما بالنسبة للنساء (وأسرهن). أما المثال الثالث، فيكمن في التركيز على الارتباط بين الصحة وبين الوصول إلى الموارد والفرص الاقتصادية والسيطرة عليها.

وستكون هناك حاجة للسياسات المتعلقة بالصحة ، وللسياسات "الصحية"، التي تتناول عمق وسعة معاناة النساء في المجتمعات الفقيرة في آسيا ، وأفريقيا ، والشرق الأوسط، وأمريكا اللاتينية ، إذا أردنا التوصل إلى تقدم حقيقي في مجال تحسين صحة المرأة .

الاستنتاجات

– حتى عهد قريب للغاية، كانت صحة المرأة تعرّف ،وبصورة كبيرة ، كصحة الأم والطفل (MCH) .ونتيجة لذلك، قدّمت برامج صحة الأم والطفل في البلدان الفقيرة في كثير من الأحيان حاجات الأطفال على حاجات الأمهات ولحل تلك المشكلة، نحتاج إلى تعريفات أكثر اتساعا لصحة المرأة ، والتي تشمل ليس فقط الوظائف التناسلية (بما فيها وسائل الحد من الخصوبة) ، بل وأيضا الجوانب الأخرى من الصحة البدنية ، والعافية العاطفية ، والنوعية العامة للحياة. ويجب عندئذ تطبيق الخدمات المتوافقة مع هذه التعريفات. وتشمل الأمثلة الاستقصاء الروتيني للإصابة بالسرطان والأمراض المنقولة جنسيا ؛ وخدمات الصحة العقلية (وخصوصا تلك المصممة لتناول العنف البدني والجنسي ضد المرأة) ؛ وبرامج التغذية والإطعام. وهناك حاجة لتحديد الأولويات ، وتصميم الخدمات، من أجل ملاقاة الحاجات الملحة والظروف المحددة لمناطق الجغرافية بعينها .

– بالإضافة إلى مراجعة البيانات الحالية المتعلقة بانتشار الاضطرابات النفسانية والضوائق النفسية بين النساء، يفترض هذا الفصل وجود أصول اجتماعية للمراضة الظاهرية (والتي لم يتم التعرف عليها بعد) ، بمعنى أننا إذا أردنا تحسين صحة المرأة ، فسنحتاج إلى مقاربة ذات شقين تدرس مصادر معاناة المرأة ، وتقدم الخدمات

التى تتناول التأثيرات السلبية لعدم المساواة بين الجنسين ومن بين الجذور الاجتماعية لاعتلال الصحة بالنسبة للنساء ، هناك التحيز الواسع المدى ضد الإناث فيما يتعلق بفرص التوظيف ، والتعليم ، وتوزيع حصص الطعام ، والرعاية الصحية ، والموارد اللازمة للتنمية الاقتصادية. وينتج عن العجز النسبى للنساء جعلهن عرضة للاستغلال الذى يتخذ صورا عديدة ، من العنف البدنى والجنسى إلى القتل. والأسباب الاجتماعية لاعتلال الصحة العقلية والبدنية للنساء كثيرة وشديدة التشابك ؛ ولذلك يجب أن تكون الاستراتيجيات اللازمة لمعالجة المشكلة متعددة الأوجه (multifaceted).

– فى الحين الذى نفتقر فيه إلى البيانات المنهجية والموثوقة عن معدلات الانتشار العالمية ، فمن الواضح أن العنف الموجه نحو النساء فى بيوتهن أو خارجها (كما هو الحال بالنسبة للنسوة اللاجئات) ذو انتشار واسع ويشيع ضرب النساء واغتصابهن على أيدى أقاربهن من الذكور ، كما يعد من الأمور غير الجديرة بالملاحظة فى أجزاء كثيرة من العالم . وتتفاقم المشكلة بسبب الشعور بالعار والوصم الذى يكتنف تلك الأحداث ، والذى لا يمنع الضحايا من طلب المساعدة فحسب ، بل ويدمر حياتهن. وعلى كل حال ، بدأت النساء حاليا فى المقاومة ، بتنظيمهن لأنماط الحماية الخاصة بهن ضد العنف الموجه إليهن من قبل الذكور فى صورة الملاجئ ، وقوات الشرطة المكونة "من النساء فقط" ، وتلك الآليات المتنوعة لتنبيه الأخريات اللاتى يمكن أن يهرعن لمساعدة الضحية فى حال تعرضها للاعتداء. ولابد من الاعتراف بهذه الجهود ودعمها. وعلى كل حال ، يتوجب على المجتمع الصحى الدولى أيضا أن يعد مبادراته الخاصة لمواجهة العنف الموجه ضد النساء. وتشمل تلك المبادرات، ولكنها لا تقتصر على ، ما يلى:

(أ) البحث ، من أجل الحصول على تقديرات أكثر دقة لمعدلات انتشار ووقوع العنف النوعى (gender violence).

(ب) الخدمات ، لمعالجة وحماية الضحايا ، وتقوية النساء بصورة عامة من خلال نشر المعلومات والتوعية .

(ج) التدريب ، لتمكين العاملين الصحيين من التعرف على النساء اللاتى يتعرضن للاعتداء البدنى أو الجنسى ، ومشاورتهن ، وتحويلهن لتلقى العلاج .

- يضيق على النساء في جميع أنحاء العالم ، سواء من الناحية الاقتصادية أو السياسية ، نتيجة لنقص فرص التعليم مقارنة بالمستويات التى يحصل عليها الرجال. ولتقليل هذا التفارق ، فلابد من أن تبقى النساء فى المدرسة بغض النظر عن المعوقات التى تفرضها سياسات التعديل البنيوى .

- ترتبط نوعية الحياة التى تعيشها النساء بصورة عميقة بأوضاعهن الاقتصادية. ولذلك يجب أن تمنح النساء فرصة الحصول على وظائف تدر دخلا معقولا. وبالإضافة إلى ذلك، يتوجب على الجهود التنموية أن تستهدف النساء بصورة مباشرة بطرق تزيد من استقلاليتهن الاقتصادية ومن إنتاجيتهن. وعلى سبيل المثال ، يجب أن تتلقى النسوة المزارعات المساعدات التقنية مثل الأسمدة والآلات الزراعية . ويجب أن تكون المحاصيل التى تزرعها النساء محل اهتمام الأبحاث الزراعية ، كما يجب أن تحصل سيدات الأعمال على القروض اللازمة .

- يسهم عدد من الممارسات فى الكثير من بلدان العالم ، بصورة مباشرة وغير مباشرة، فى التحيز ضد النساء. ولابد هنا من تعزيز القوانين الحالية التى تحظر التحيز ضد النساء .

- لابد من تعبئة الموارد الحكومية لتنشيط الأيديولوجيات النوعية التى تحسن من الأوضاع الاقتصادية ، والقانونية ، والسياسية ، والثقافية للمرأة . وتضم الأمثلة تطبيق "السياسات الصحية" المتعلقة بالنساء، مثل المساواة فى حجم الإنفاق والحماية بين الإناث والذكور على حد سواء.

- كثيرا ما تعرضت النساء للإهمال أو للتهميش من قبل جهود التنمية الاقتصادية السائدة . ونتيجة لفرض المفاهيم المتعلقة بأدوار كل من الجنسين ، والتى هى مألوفة أو مفضلة لدى واضعى برامج التنمية الأجانب ، أزالت تلك الجهود التنموية النساء من مواضع القوة والاستقلالية الاقتصادية النسبية. وقد تم أيضا تثبيط أى تقدم ذى مغزى نتيجة للافتراض الواسع من الناحية الظاهرية ، وغير الصحيح فى الوقت نفسه ، بأن النساء (وخصوصا الفقيرات) غير قادرات على التعبير عن حاجاتهن الخاصة. وفى ضوء ما سبق ، يتوجب على المبادرات المستقبلية ، سواء تلك التى تركز على الخدمات

الصحية ، أو التعليم، أو التنمية الاقتصادية ، أن تضم أصوات النساء ، وأن تبنى على رؤيتهن الخاصة لما يحتجن له وما هو ممكن التطبيق فى أى إطار محلى بعينه. ويعنى ذلك أن يتم الاستماع إلى النساء ، ثم التصرف بناء على ما تم سماعه ، إضافة إلى دعم المنظمات المحلية حيثما وجدت. ويشمل هذا الدعم تقديم العون المالى ، وتوفير فرص التدريب للنساء، والربط مع المنظمات الوطنية والدولية ذات الصلة .

– يتسم الاتصال بين الأطباء وغيرهم من العاملين فى مجال الرعاية الصحية وبين النساء بكونه أبويا فى كثير من أنحاء العالم . وكثيرا ما لا يتم تشجيع النساء أو السماح لهن بالتعبير عن مشاعرهن وشكاواهن . وعندما يفعلن ذلك ، فمن المرجح أن يتعرضن للإهمال أو الطرد. ولذلك يتوجب تدريب مقدمى الرعاية الصحية على تقوية النساء خلال المقابلات الإكلينيكية. ويعنى ذلك السماح ، بل وتشجيع، الإفصاح عن المعلومات الروتينية ، إضافة إلى التجارب التى تتسم بكونها مخزية أو منطوية على الخطر، مثل تلك المتعلقة بالاعتداء البدنى أو الجنسى. ويجب أن تحصل النسوة المريضات على المعلومات المتعلقة بالعمليات المرضية والخيارات العلاجية المتاحة ، كما يجب – بقدر المستطاع – أن يشجعن على الاشتراك فى اتخاذ القرارات العلاجية. ولابد من أن يتأنى صائغو السياسات لدراسة الكيفية التى يمكن بها وضع برامج التدريب بحيث تحقق أفضل استفادة مرجوة منها ، وكيفية تمويلها، وتنفيذها فى البلدان المستهدفة لهذه البرامج .

الهوامش

(١) المصدر : Raikes, 1989.

(٢) المصدر : Rosenfield and Maine, 1985.

(٣) المصدر : Van der Kwaak et al., 1991:2.

(٤) المصدر : World Bank, 1993a.

(٥) المصدر : Orley et al., 1979:515.

(٦) المصدر : Gureje et al., 1992.

(٧) المصدر : Chakraborty, 1990.

(٨) المصدر : Finkler, 1985.

(٩) المصدر : World Bank, 1993a.

(١٠) المصدر : Das, 1994.

(١١) المصدر : Finkler, 1985; Malik et al., 1992; Naeem, 1992; Nations and Rebhun, 1988; Scheper-Hughes, 1987,1992.

(١٢) المصدر : Davis and Low, 1989.

(١٣) المصدر : Jenkins, 1991; Farias, 1991.

(١٤) المصدر : Good and Good, 1982.

(١٥) المصدر : Boddy, 1989.

(١٦) المصدر : Lewis, 1986:32.

(١٧) المرجع السابق: ٣٩

(١٨) انظر Ong, 1987; Boddy, 1989.

(١٩) المصدر : Kapferer, 1983.

(٢٠) تردد التفسيرات التى تم طرحها لتوضيح الفروق الموجودة بين الجنسين فيما يتعلق بالمراضة النفسية فى آسيا، وأفريقيا، والشرق الأوسط، وأمريكا اللاتينية، تلك الارتباطات الراسخة بين الفقر، والانعزال، والمراضة النفسية بين النساء فى أوروبا الغربية والولايات المتحدة؛ انظر Dennerstein et al., 1993 . وفى دراسة كلاسيكية أجراها Brown and Harris (1978)، وجد أن الاكتئاب أكثر شيوعا بين نساء الطبقة العاملة عنه فى نظيراتهن من نساء الطبقة المتوسطة من سكان مدينة لندن. وهناك أدلة على أن النسوة

الفقيرات يعالجن أحداثا حياتية أكثر شدة بكثير مما يعانيه عموم السكان؛ انظر (Brown et al., 1975; Makosky, 1982)؛ فهن أكثر احتمالا لمواجهة الأسباب المزمنة للضوائق الاجتماعية – فى صورة مساكن رديئة المستوى ، والمعيشة فى جيرة محفوفة بالمخاطر ، إلخ. انظر (Makosky, 1982; Pearlin and Johnson, 1977) ؛ كما يتعرضن لخطر أكبر لأن يصبحن ضحايا للعنف – انظر (Belle, 1990; Merry, 1981)؛ وهن معرضات بصورة خاصة لمواجهة المشكلات المتعلقة بالأبوة parenting ورعاية الأطفال – انظر (Belle et al., 1988). ويؤدى الفقر أيضا إلى تدمير العلاقات الحميمة وغيرها من العلاقات الشخصية – انظر (Cherlin, 1979; Wolf, 1987). ويمكن أن تمثل الشبكات الاجتماعية، فى الواقع، عامل ضغط إضافيا بالنسبة للنسوة الفقيرات، كما تمثل مصادر للدعم – انظر (Belle, 1990).

(٢١) المصدر : Scheper-Hughes, 1992.

(٢٢) المصدر : World Health Organization, 1993d.

(٢٣) المصدر : Leslie, 1991; Merchant and Kurz, 1993.

(٢٤) المصدر : United Nations, 1991d; Merchant and Kurz, 1993.

(٢٥) المصدر : Chen et al., 1981.

(٢٦) المصدر : Batliwala, 1983.

(٢٧) المصدر : Sen and Sengupta, 1983.

(٢٨) المصدر : Anderson and Moore, 1993.

(٢٩) المصدر : Rosenfield, 1980, 1989; Good, 1992b.

(٣٠) المصدر : Boylan, 1991.

(٣١) تم توفير مادة هذا الإطار من قبل Violet Gaturu Kimani ، من قسم صحة المجتمع بجامعة نيروبى– كينيا.

(٣٢) المصدر: Preston, 1993.

(٣٣) المرجع السابق

(٣٤) مجلة Time magazine, August 12,1991.

(٣٥) المصدر : Mollica and Son, 1989.

(٣٦) انظر : Adanda and Shaman, 1985; Kelkar, 1991; Asian and Pacific Women's Resource and Collection Network, 1989; and Russel, 1991.

(٣٧) المصدر : Heise,1993.

(٣٨) المصدر : Sharnim, 1985.

(٣٩) المصدر : Faveau and Blanchet, 1989:1125,

(٤٠) المصدر : Heise,1993.

(٤١) المصدر : Duncan, 1990.

(٤٢) المصدر : Barry,1981.

(٤٣) المصدر : .Moore and Anderson, 1993

(٤٤) تم إعداد هذا الإطار من قبل Elizabeth Miller من قسم الأنثروبولوجيا بجامعة هارفارد

(٤٥) المصدر : .Levine, 1993

(٤٦) المصدر : .Dalsimer and Nisonoff, 1987

(٤٧) المصدر : .Kristof, 1993a

(٤٨) المصدر : .WuDunn,1993

(٤٩) المصدر : .Anderson and Moore, 1993

(٥٠) المصدر : .Heise,1993

(٥١) المصدر : .Kristof, 1993b؛ يجب أن تضاف البيانات التى تكشف أن الأطفال من البنات يمتن بمعدلات أكبر من أمثالهن فى الأولاد، إلى الأدلة على وفاة عدد أكبر من الإناث قبل الولادة. ووجد أن معدلات الوفيات أعلى بصورة مذهلة بالنسبة للبنات الصغيرات فى عدد من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وشبه القارة الهندية- انظر (Jacobson, 1993) ويقدر أحد المختصين الهنود بالصحة أن وفيات البنات تزيد عن أمثالهن فى الأولاد بنحو ٣٢٠٠٠ حالة وفاة سنويا فى الهند وحدها - انظر (Chatterjee, 1991) وتقدر الإحصائيات الحديثة لمنظمة الأمم المتحدة أن معدل الوفيات لكل ألف من السكان فى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الثانية والخامسة، يبلغ ٥٤,٤ للبنات ؛ مقابل ٣٦,٩ للأولاد فى باكستان، و٦٨,٦ مقابل ٥٧,٧ فى بنجلادش ، و١٤,٩ مقابل ٩,٣ فى سوريا - انظر (UN., 1991d).

(٥٢) المصدر : Institute of Medicine, Committee to Study Female Morbidity and Mortality in Sub- Saharan Africa, 1994; Christopher P. Howson, personal communication on a work in progress, 1994.

(٥٣) مقتبسة من .Finkler, 1993

(٥٤) المصدر : .World Bank, 1993

(٥٥) المصدر : .Stark and Flitcraft, 1991

(٥٦) المصدر : .Koss, 1990; Leidig, 1992

(٥٧) المصدر : .Counts, 1987, 1990a; Gilmartin, 1990

(٥٨) المصدر : .Hodge-McKoid,1989

(٥٩) المصدر : .United Nations, 1991d; Anderson and Moore, 1993

(٦٠) المصدر : .Kelkar, 1992

(٦١) انظر .Kelkar, 1987

(٦٢) المصدر : .Anderson and Moore, 1993

(٦٣) المصدر : .United Nations, 1991d؛ تذكر الدراسة نفسها أن بحثا أجرى فى قرية نيبالية قدّر مساهمة النساء فى دخل الأسرة المعتمد فقط على الأجور ، بعشرين فى المائة؛ أما عند وضع أنشطتهن الإنتاجية فى الحسبان، ترتفع تلك النسبة إلى ٥٢٪.

(٦٤) المصدر : Buvinic, 1983.

(٦٥) انظر Schrijvers, 1987.

(٦٦) المصدر : Kelkar,1987.

(٦٧) المصدر : Elson, 1992:30.

(٦٨) المصدر : Chinnery-Hesse, 1989.

(٦٩) المصدر : United Nations, 1991d.

(٧٠) المصدر : Beneria, 1992.

(٧١) المصدر : Babb, 1992.

(٧٢) المصدر : Buvinic and Yudelman, 1989; Safa and Antrobus, 1992

(٧٣) المصدر : Buvinic and Yudelman, 1989.

(٧٤) المصدر : Banister, 1985; Sen, 1989, 1990; Hull, 1990.

(٧٥) المصدر : جريدة New York Times, March 26, 1991, p. A10

(٧٦) المصدر : Hull, 1990; WuDunn, 1993.

(٧٧) المصدر : United Nations, 1991d.

(٧٨) المصدر : Sen, 1990.

(٧٩) المصدر : Sen, 1989.

(٨٠) المصدر : Agarwal, 1987.

(٨١) المصدر : UNICEF, 1989; Beneria and Feldman, 1992.

(٨٢) المصدر : Brems and Griffiths, 1993.

(٨٣) المصدر : Koblinsky et al., 1993.

(٨٤) المصدر : Jacobson, 1993.

(٨٥) المصدر : Moore and Anderson, 1993.

(٨٦) المصدر : Sullivan, 1992.

(٨٧) المصدر : Heise, 1993.

(٨٨) المصدر : M. Whyte, personal communication, 1993.

(٨٩) المصدر : Adebajo, 1991; Heise, 1993.

(٩٠) المصدر : Mary-Jo DelVecchio Good, personal communication.

(٩١) المصدر : Buvinic and Yude1man, 1989.

(٩٢) المصدر : Dr. N. Mboi, personal communication.

(٩٣) المصدر : Dr. Julio Frenk, personal communication.

(٩٤) المصدر : Dahlgren, 1991.

الفصل التاسع

المسنون (The Elderly)

سيزيد عدد المسنين بين سكان العالم بأكثر من الضعف عما كان عليه فى عام ١٩٩٠ ، أى ٥٠٠ مليون نسمة ، ليزيد على المليار بحلول عام ٢٠٢٥[١]. وسيحدث أغلب هذا النمو فى أفريقيا ، وآسيا، وأمريكا اللاتينية[٢]. فى عام ١٩٩٠، كان هناك ٢٥٠ مليون نسمة فى تلك المناطق قد بلغوا عمر الستين فما فوق ؛ وبحلول عام ٢٠٢٥، سيقفز هذا الرقم إلى ٨٠٠ مليون. وسيكون على أنظمة الرعاية الصحية والهيئات الحكومية أن تصارع من أجل توفير احتياجاتهم ، نظرا لأن بعض الأنظمة الاجتماعية التقليدية لتقديم الرعاية للمسنين قد بدأت تضعف ، بينما يزداد عدد المحتاجين من المسنين.

وتؤثر تلك التغيرات الديموجرافية على الصحة العقلية بطرق متعددة. ويعنى نمو عدد السكان من المسنين حدوث زيادة حتمية فى معدلات الأمراض المرتبطة بالعمر ، مثل الخرف بأنواعه (dementias). وبالإضافة إلى ذلك، تؤدى التغيرات فى الأنماط الاجتماعية إلى تغيير أدوار المسنين والطرق التى يثمنون بها ويمكن أن تؤدى هذه التغيرات إلى نتائج ضارة بالصحة العقلية ، مثل الاكتئاب ، والقلق، والانتحار ، والمعوقات الخطيرة لنوعية الحياة بين الأفراد المتقدمين فى السن. وبالإضافة إلى ذلك ، تؤثر المعدلات المرتفعة لانتشار الحالات الجسدية المتعددة ، مثل السلس (incontinence) ، وكسور الفخذ (hip fractures) ، على الصحة العقلية من خلال فَقد احترام الذات والشعور بالعجز. وختاما ، تتأثر الأسر بدورها بزيادة المطالب المتعلقة بتقديم الرعاية (انظر إطار ٩-١).

باعتبار المشكلات الخطيرة التى تواجهها فى الوقت الحاضر كثير من البلدان فى أفريقيا، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية ، فمن المرجح أن تتمتع مشكلات الصحة العقلية فى المسنين بأولوية منخفضة على المدى القصير والمتوسط. وعلى كل حال ، ستساعد بداية توقع حدوث هذه المشكلات فى مساعدة الدول على التخطيط لمواجهة الضغوط الحتمية للتغيرات السكانية والاجتماعية المتسارعة وتأثيرها على الصحة العقلية للمسنين.

التغيرات السكانية (الديموغرافية)

أدى مزيج من ارتفاع معدلات الخصوبة وازدياد معدلات البقاء على قيد الحياة إلى حدوث زيادة فى كل من الأعداد المطلقة والنسبية للمسنين فى أفريقيا ، وآسيا، وأمريكا اللاتينية . وينتج النمو فى حجم المجموعة السكانية للمسنين ، بصورة أساسية، عن عملية تعيش فيها مجموعات كبيرة من الأطفال ، والذين ولدوا فى الماضى تحت ظروف ارتفاع معدلات الخصوبة فى تلك المناطق، حتى أرذل العمر[٤]. وبالإضافة إلى ذلك، تسهم فى تكوين هذه "القوة الدافعة" لزيادة أعمار السكان، وبصورة ما، حقيقة أن الفترة المتوقعة للبقاء على قيد الحياة خلال الجيل الأخير، قد ارتفعت فى تلك المناطق ككل ، بأكثر من عشر سنوات[٥].

إطار ٩-١: الشيخوخة والخرف فى الصين

توضح محنة السيدة كوونج (Kwong) ، والتى ظلت مصابة بالمرض المزمن لسنوات عدة مما استلزم احتياجها إلى رعاية متواصلة على مدار الساعة ، تلك المعضلات التى يتوجب على العائلات الصينية مواجهتها مع ازدياد متوسط أعمار السكان فى الصين .

فى عام ١٩٨٧ ، أعيدت السيدة كوونج إلى منزلها بعد أن عولجت فى المستشفى من إصابتها بالسكتة الدماغية (stroke) ، برغم حاجتها للمزيد من الرعاية ، نظرا لأن تكاليف رعايتها فى المستشفى قد بلغت من الضخامة حدا استحال معه إبقاؤها هناك . تولى رعاية السيدة كوونج ، والبالغة من العمر ٨٤ سنة ، أقاربها وخصوصا ابنتها السيدة لام (Lam). وقد تحسنت صحتها بصورة ملحوظة فى البداية ، برغم احتياجها للمساعدة فى الاغتسال،

وارتداء ملابسها، واستعمالها للمرحاض.وبرغم ذلك ، ولكون السيدة كوونج متحدثة لبقة ، فقد وجدت صعوبة فى إدراك ما كان يجرى حولها.

وخلال السنوات الثلاث التالية ، تدهورت حالتها العقلية والجسدية إلى حد أصبحت فيه قعيدة الفراش فعليا. وبالإضافة إلى عدم قدرتها على الجلوس فى الفراش دون مساعدة ، أصيبت السيدة كوونج بالسلّس (incontinence) ، وأصبحت مثيرة للشجار ، وعنيدة ، كما فقدت قدرتها على التذكر بصورة جيدة.

لا زالت السيدة لام تقدم أغلب الرعاية لوالدتها ، لكنها وجدت صعوبة متزايدة فى احتمال الموقف.وساعد اثنان من الأحفاد فى نقل السيدة كوونج كلما دعت الحاجة إلى ذلك، كما كان اثنان من أبنائها يقدمان بعض المساعدة المالية. ومع ذلك ، فلم تكن تلك النقود كافية لاستئجار من يقوم بالمساعدة من الخارج فى تقديم الرعاية المستمرة. بذلت السيدة لام ، وهى فى منتصف العقد السادس من عمرها ، قصارى جهدها للعثور على بدائل لتخفيف عبء التزاماتها العائلية ، وقالت: "حتى لو توفر لديك المال ، فمن الصعب أن تجد أناسا يقبلون رعاية شخص طاعن فى السن ، ويقومون بعمل جميع الأشياء القذرة .... فالأشخاص المتقدمين فى السن يعيشون لفترات أطول بكثير فى أيامنا هذه."

تزداد أعمار الصينيين طولا ، ويعيش المسنون لفترات أطول.وتزداد معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة، مثل الخرف (dementia) ، وتتوافر بعض الإمكانيات الحكومية والأسرية المحدودة لمعالجة بعض المظاهر الشديدة للمرض. وتزداد صعوبة تطبيق التقليد الصينى القديم برعاية الوالدين المتقاعدين ، نتيجة لأن أولئك الوالدين يعيشون لفترات أطول ، ويتعرضون للإصابة بالإعاقات الجسدية والعقلية.

تسبب تجربة الخرف البسيط فى الصين قدرا من الإرباك بالنسبة للمسنين وعائلاتهم أقل من مثيله فى بعض البلدان الأخرى. ويتم تقبل نوع من "الطفولية" فى الثقافة الصينية كجزء طبيعى من بلوغ أرذل العمر. ومع ذلك ، فالخرف فى مراحله المتقدمة يسبب مشكلات أكبر من ذلك ؛ فهناك خيارات أقل بالنسبة لمقدمى الرعاية . ويمكن أن تكون تكلفة استئجار من يقوم برعاية المرضى باعتلالات مزمنة مثبطة. وبالإضافة إلى ذلك ، هناك القليل فقط من بيئات الحياة المساعَدة أو دور رعاية المسنين فى الصين ، وعادة ما يتم اختيارها كحل أخير.

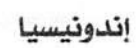
تظهر حاجات جديدة للمسنين فى الوقت الذى يزداد فيه تركيز الدولة على معالجة الأمراض الحادة وليس الأمراض المزمنة ، كما تقلل من التزامها بتمويل الرعاية الصحية.وكنتيجة جزئية لذلك ، يمكن أن تمثل المسئولية الأخلاقية والقانونية لاعتناء الأسرة بالوالدين المسنين والمحتاجين ، صعوبة عاطفية ومادية(٣).

وحسب إحصائيات منظمة الأمم المتحدة، كان هناك فى العالم عام ١٩٥٠ نحو ٢٠٠ مليون شخص تزيد أعمارهم عن الستين ، وكان هؤلاء موزعين بالتساوى بين الدول "المتقدمة" وتلك "النامية". وبحلول عام ٢٠٠٠ ، سيرتفع العدد الإجمالى إلى ٦١٤ مليون نسمة ، يعيش ٦٢٪ منهم فى الدول "النامية" ، أما فى عام ٢٠٢٥ ، فسيصل عدد من تزيد أعمارهم على الستين فى العالم إلى ١.٢ مليار نسمة، سيعيش ٧٢٪ منهم فى الدول "النامية"(٦).

وفى جميع أرجاء أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية ، ومنطقة الباسيفيكى ، هناك مدى متسعا للتركيبة العمرية للسكان (انظر شكل ٩-١). وتمتلك هونج كونج والصين ، على سبيل المثال ، نسبة من المسنين بين مواطنيها أعلى من تلك الموجودة فى بقية الأقطار الأسيوية. ويميل عدد المسنين فى أفريقيا لأن يقل عن مثيله فى الدول الأخرى ، ومع ذلك ، تمتلك أقطار شمال أفريقيا معدلات أعلى من المسنين ، مقارنة بأقطار أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى.

على مدى العقود الثلاثة القادمة ، ستتراوح النسبة المئوية للزيادة فى تعداد السكان المسنين فى أفريقيا، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية بين ٢٥٪ فى أوروجواى إلى ٢٨٢٪ فى كوستاريكا (انظر شكل ٩-٢). وستزيد الأعداد المطلقة للأفراد الذين تزيد أعمارهم عن الخامسة والخمسين بأكثر من الضعف بحلول عام ٢٠٢٠ فى جميع الدول الموضحة فى الشكل ٩-٢ باستثناء أوروجواى (والتى بلغت معدلات مرتفعة بالفعل) ، كما ستزيد بأكثر من ثلاثة أضعاف فى عشرة من الدول الاثنتين والعشرين الموضحة فى الشكل. وستشهد الصين وحدها زيادة قدرها ٧٥ مليونا فى عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم الخامسة والخمسين أو تزيد بحلول عام ٢٠٠٥ ، وزيادة قدرها ١٣٩ مليونا آخرين فى الفترة بين عامى ٢٠٠٥ و٢٠٢٠ . وسيزيد عدد المسنين فى الهند بنحو ١٢٣ مليونا بحلول عام ٢٠٢٠ .

وفى جميع أنحاء العالم ، يعد كبار المسنين (الذين تبلغ أعمارهم الخامسة والثمانين أو تزيد) هم أكبر المجموعات العمرية تزايدا بين المسنين. وتزيد معدلات النمو فى حجم المجموعة السكانية لكبار المسنين عنها فى بقية المجموعات العمرية للمسنين فى آسيا ، وأمريكا اللاتينية ، ومنطقة الكاريبى ، وستصل عما قريب إلى نفس المعدلات فى قارة أفريقيا بالمثل . وسيزيد عدد أكبر المسنين بمعدلات تزيد على ضعف مثيلاتها بين صغار المسنين فى الصين،وإندونيسيا، وأوروجواى.

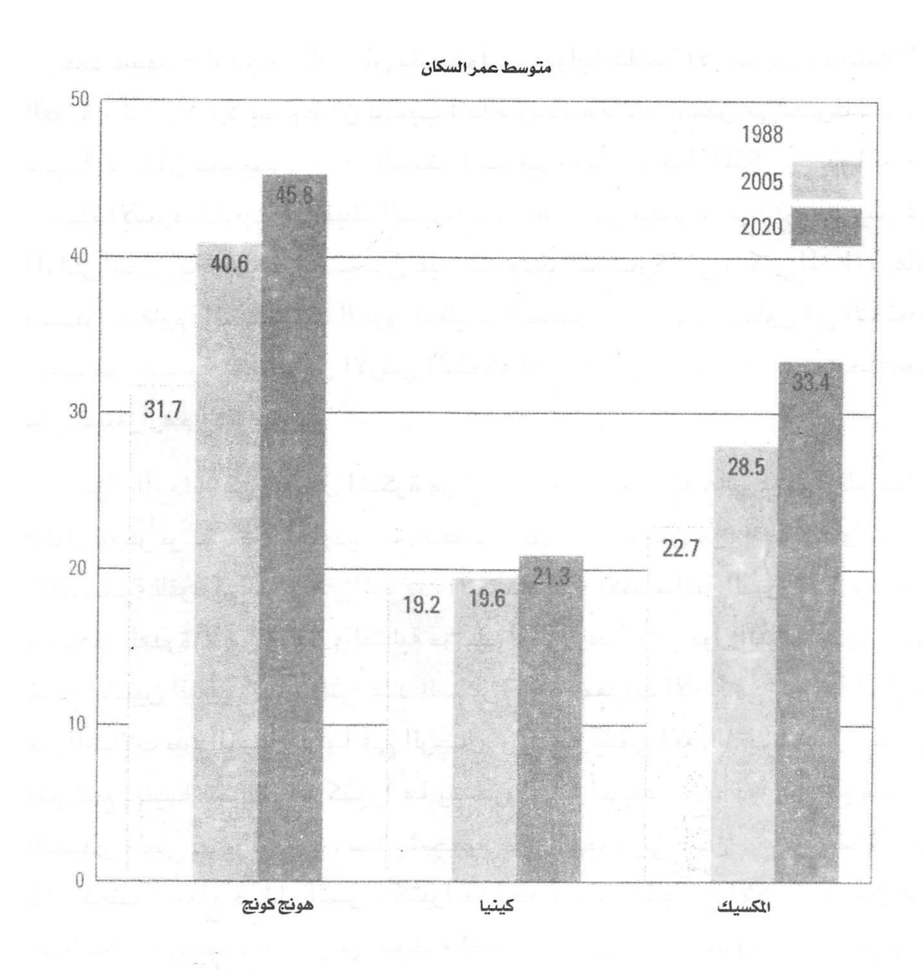


شكل ٩-١ : التركيبات العمرية للسكان فى أعوام ١٩٨٨، و٢٠٠٥، و٢٠٢٠ (المصدر : Kinsella,1988)

تؤثر التحولات الاقتصادية والبنيوية المفاجئة على حياة المسنين وأفراد أسرهم فى جميع أنحاء العالم وتتضمن سياسات التصنيع و"التحديث" (modernization) إحداث تغيرات مثل التحول من اقتصاد البقاء (subsistence economy) إلى اقتصاد المال ، وهجرة العمالة من المناطق الريفية إلى المراكز الحضرية، والنمو فى الأحياء الفقيرة ومدن الأكواخ فى المناطق الحضرية وشبه الحضرية. ومن ذلك يمكن توقع حدوث تأثيرين عريضين ؛ أولهما أن تلك الهجرات والاضطرابات قد تتسبب فى زيادة معدلات المراضة النفسانية ، بما فيها الاضطرابات السلوكية والانتحار ، وهى مشكلات تتفاقم نتيجة للتحطم المصاحب فى الآليات التقليدية لدرء الضوائق النفسية[٧].

أما الثانى ، فهو أن هذه التغيرات ستعزز تلك البنى الاجتماعية التى أعدت لضمان تقديم الرعاية للمسنين وللمرضى العقليين . ويوضح الجدول ٩-١ نموذجا يحدد القوى الرئيسية وراء حدوث التحولات التى تؤثر على الصحة العقلية للمسنين ، كما يعدد التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية الثانوية الناتجة عن تلك التحولات، إضافة إلى التأثيرات النهائية المحتملة فيما يتعلق بالصحة العقلية.

ومع تحول الدول إلى الحداثة، فقد انخفضت قيمة الناتج الزراعى والأصول (assets) المرتبطة به ، مثل الأراضى الزراعية، مقارنة بالمنتجات الصناعية . ولهذه التحولات فى الأسعار النسبية تأثيرات كبرى بالنسبة للعافية الاجتماعية والمادية للمسنين الذين يمتلكون أصولا زراعية مثل الأراضى أو الماشية . وفى المجتمعات الريفية ، تعتمد المكانة الاجتماعية والأمان الاقتصادى بصورة رئيسية على تلك الأصول الثابتة، فإذا انخفضت قيمتها، يصبح المسن عرضة لكل من التهميش الاجتماعى والمشكلات المالية . وعلى كل حال ، فليس من الضرورى ألا يكون لتغيرات الأسعار سوى تأثيرات سلبية ، فقد ينتج عن الثورات الاقتصادية استفادة للمسنين فى صورة المكانة الاجتماعية والعافية المالية إذا كان بحوزتهم أى نوع من المعاش التقاعدى (pension) أو الدخل المضمون . ويعطى المعاش التقاعدى المنسبى الارتباط (index-linked) المسنين ، دخلا ثابتا نسبيا ، كما يمثل مصدرا مهما للدخل بالنسبة لأبناء المتقاعدين [٨]. وبالإضافة إلى ذلك ، فقد يمتلك المسنون الموارد التى تمكنهم من لعب دور فعال ضمن جمعيات القروض الريفية .



شكل ٩-٢ : النسبة المئوية للزيادة فى المجموعات السكانية للمسنين (الذين تبلغ أعمارهم ٥٥ أو تزيد) ، ١٩٨٨ - ٢٠٢٠

(المصدر : المكتب الأمريكى للإحصاء ؛ Kinsella 1988)

يبقى سكان المناطق الريفية أكبر عمرا بصورة غير متناسبة مع أقرانهم من سكان المناطق الحضرية فى أغلب البلدان الأفريقية ، وذلك لأن هجرة الشباب النشطين اقتصاديا إلى المدينة قد حولت القرى إلى دور لصغار السن للغاية والمسنين ، الذين يتوجب عليهم – نتيجة لذلك – أن يتحملوا مسئولية فلاحة الأرض ، بالإضافة إلى العناية بالمنزل[٩]. ولا يشترط أن تتسبب أنماط زيادة معدلات التمدن فى حدوث تحولات سلبية لا يمكن تخفيف آثارها بالنسبة للمسنين. وعلى سبيل المثال ، عندما ينتقل أعضاء الأسرة الشباب من قبيلة الشيربا (Sherpa) فى نيبال ، من القرى للعيش فى المراكز الحضرية، ومن ثم يصبحون غير متواجدين للمشاركة فى سكنى المنزل ورعاية المسنين ، يقاوم المسنون تلك الطرق التقليدية لتقسيم الممتلكات ، ويبدأون فى الاحتفاظ لأنفسهم بأنصبة أبنائهم من الأرض المملوكة للأسرة . ويعملهم هذا ، فهم يحافظون على استقرارهم الاقتصادى[١٠].

يؤثر التعليم فى المراحل المبكرة من الحياة بصورة هائلة على عافية المسنين ، فطول العمر يرتبط بعلاقة طردية مع التعليم ، نظرا لأنه يحسن من التطلعات والتكيفية الاقتصادية للفرد فى مواجهة التحولات الاجتماعية – الاقتصادية الكبرى[١١]. وتتراوح معدلات القدرة على القراءة والكتابة من بلد لآخر. وفى أكثر دول العالم فقرا ، تبلغ نسبة الأميين الفعليين نحو ثلثى عدد السكان. وتزيد معدلات الأمية فى الغالبية العظمى من الحالات بين النساء عنها فى الرجال. وعندما يتلقى الأفراد الأصغر سنا فى المجتمع تعليما أساسيا ، كثيرا ما يشعرون بأنه لم يعد لديهم دور فى مجتمعهم التقليدى المبنى على الزراعة ، مما يشجعهم على الهجرة إلى المدن[١٢]. وبالإضافة إلى ذلك، فعندما يتعلم صغار السن ، كثيرا ما يجد أعضاء المجتمع الأكبر سنا من غير المتعلمين ، أنفسهم يعيشون فى مجتمع لم يعد يقيم وزنا لمعارفهم وخبراتهم بالطريقة نفسها التى كانت تحدث فى الماضى ، مما يؤدى لشعور مُربك من فقدان المعانى (meaning) ، بالإضافة إلى فقدان الاحترام من قبل أفراد أسرهم وجيرانهم من الصغار ، والذى يمكن أن يخلق مستويات متدنية من الثقة بالنفس، واحترام الذات، والعافية الشخصية[١٣].

الصحة العقلية للمسنين

(١- الاضطرابات العضوية)

اكتسبت أنواع الخرف الشيخوخي (senile dementias) (وهو الاضمحلال التدريجي للوظائف المعرفية نتيجة للأمراض التى تظهر فى المراحل المتأخرة من الحياة) ، أهمية كبرى بالنسبة للصحة العامة نتيجة للعدد المتزايد من الأشخاص الذين يبقون على قيد الحياة حتى بلوغ عمر الخطر . وعرفت منظمة الصحة العالمية الخرف على أنه التعطل المكتسب (acquired) للوظائف العقلية العليا ، بما فيها الذاكرة ، والقدرة على حل المشكلات الحياتية اليومية ، ولتأدية المهارات التى تم اكتسابها ، وللاستخدام الصحيح للمهارات الاجتماعية ، ولجميع أوجه التعبير اللغوى ، وللتحكم فى المشاعر .

ويصاب المسنون بنوعين رئيسيين من أنواع الخرف هما مرض الزهايمر (Alzheimer's Disease; AD) والخرف الوعائى (vascular dementia) أو خرف الاحتشاءات المتعددة (multi-infarct dementia). وتمثل الإصابات الدماغية التى تؤدى للإصابة بالخرف قبل الشيخوخى (pre-senile dementia). مشكلة فى الكثير من البلدن ، نتيجة لارتفاع معدلات حوادث الطرق بالإضافة إلى زيادة عدد المصابين بالسكتات الدماغية. ويعتمد تشخيص مرض الزهايمر على دالتين رئيسيتين هما :

(١) وجود دليل على الخرف .

(٢) غياب الأمراض الأخرى المسببة للخرف .

وفيما يلى سرد لبعض السمات النمطية للمرض : عيوب معرفية متعددة (تعطل الذاكرة والاضطراب اللغوى أو تعطل الوظائف التنفيذية ([executive function])، بداية تدريجية للمرض ، مع تدهور مستمر يؤدى إلى تعطل اجتماعى أو مهنى معتبر ، بدون وجود الهذيان (delirium). ويسبب مرض الزهايمر أيضا

جدول ٩-١ : العوامل المحتملة التأثير على الصحة العقلية للمسنين .

الأسباب الأولية	الأسباب الثانوية	التأثيرات المحتملة على الصحة العقلية
المدة المتوقعة للحياة تزيد فى جميع السكان ، يليها انخفاض فى معدلات الخصوبة .	عدد مطلق أعلى للمسنين ، وارتفاع نسبتهم بين عموم السكان .	ارتفاع فى معدلات الإصابة بالأمراض المتعلقة بالعمر ، مثل الخرف بأنواعه المتعددة.
التحولات الاقتصادية تسبب انخفاض أسعار المنتجات الزراعية مقارنة بالمنتجات الصناعية .	بدأت البنى الاجتماعية التى كانت تضمن الرعاية للمسنين من خلال توريث الأراضى الزراعية أو الحيوانات، فى الانهيار ، حيث أصبحت الأصول الموروثة أقل قيمة. فقد المسنون الاحترام والرعاية ، كما يواجهون، فى الحالات القصوى، الانعزال أو الهجر.	ازدياد معدلات الإصابة بالاكتئاب، وإدمان المخدرات، والشعور بعدم القيمة، وانخفاض القيمة الذاتية .
الهجرة من الريف إلى المدينة تستمر معدلاتها فى الازدياد.	- بالنسبة للمسنين الذين ينتقلون إلى المدن ، أو الذين يشيخون فيها ، والذين يعيشون فى مدن الأكواخ الفقيرة دون الحصول على المستويات الأساسية للصرف الصحى ، والذين يتعرضون لخطر مستمر للطرد ، مما يمثل تهديدات معتبرة للصحة البدنية والعقلية	ازدياد الضغوط النفسية، مما يؤدى للشعور بالقلق ، والاكتئاب، وزيادة معدلات إدمان المخدرات والانتحار.
	- يكون أغلب المهاجرين إلى المدينة فى عمر الإنجاب ، وقد يعودوا إلى الريف عندما يتقدمون فى العمر ولذلك يكون أغلب سكان القرى من المسنين ومن الصغار جدا .وينتج عن ذلك الانعزال وافتقار البقية الباقية من المسنين إلى الرعاية الأساسية.	ازدياد الشعور بالوحدة وانخفاض الشعور بالقيمة الشخصية .
ازدياد معدلات تعليم الصغار	عندما يتلقى الصغار تعليما نظاميا ، على عكس والديهم وأجدادهم ، يمكن أن يؤدى ذلك إلى ألا يشعر الصغار باحترام أقاربهم ولا بقيمة عاداتهم وتقاليدهم . ويمكن أن يؤدى ذلك إلى شعور المسنين بعدم القيمة وإلى هجر عائلاتهم لهم .	ازدياد معدلات الاكتئاب ، والقلق ، وانخفاض الشعور بالقيمة الشخصية.
ازدياد معدلات تعليم المتقدمين فى العمر	عندما يتعلم المسنون ، ينزعون للتحسن من الناحية المادية ، كما يصبحون أقدر على التكيف على التحولات الاجتماعية الكاسحة التى تجرى حولهم .	يقى ذلك من الإصابة بالاكتئاب، والقلق، ومن الشعور بعدم القيمة الذاتية .
ارتفاع معدلات الدخل الفردى فى بعض البلدان ، كما تتحسن مستويات الرعاية الصحية	يؤدى ذلك إلى تقليل معدلات الوفيات ، خصوصا بين الرجال، والذين يميلون للوفاة فى سن مبكرة عن النساء، مما ينتج عنه انخفاض عدد الأرامل من النسوة العجائز ، وازدياد معدلات توافر الرعاية للمسنين.	تقل معدلات الشعور بالوحدة، وتنخفض معدلات الاكتئاب ، والقلق، والشعور بعدم القيمة الذاتية .

يتسبب مرض الزهايمر أيضا فى حدوث تغيرات فى الوجدان (affect) وفى الشخصية ، وقد يبرز ذلك بصورة خاصة فى بعض المجتمعات التى يكون فيها التدهور المعرفى أقل وضوحا من الناحية الثقافية. أماالنوع الرئيسى الثانى للخرف ، أى الخرف الوعائى أو خرف الاحتشاءات المتعددة ، فيتم تشخيصه عندما يتسم الخرف بتوزيع غير متساو للعيوب الذهنية، بالإضافة إلى وجود دليل على تلف دماغى بؤرى (focal) ومرض مخى وعائى (cerebrovascular) مؤثر ، كما يظهر من التاريخ المرضى ، والفحص الإكلينيكى ، أو التصوير الشعاعى للدماغ .

برغم أن الدالة النهائية للتفريق بين مرض الزهايمر وبين الخرف الوعائى هى تشريح ما بعد الوفاة (autopsy) ، فمن المهم أيضا أن نفرق بين هاتين الحالتين المرضيتين ، فالمبرر لذلك هو مبرر عملى؛ إذ يمكن إيقاف تطور الخرف الوعائى فى بعض الأحيان أو تأجيله بمعالجة المرض المستبطن : ارتفاع ضغط الدم ، أو النوبات الإقفارية العابرة (TIA's) ، أو ارتفاع الهيماتوكريت (hematocrit) ، أو الأمراض القلبية ، أو أنيميا الخلايا المنجلية . وليس هناك من علاج للخرف من نوع الزهايمر ، برغم أن الاكتشافات الدوائية الحديثة أظهرت تحسنا طفيفا فى بعض الحالات. أما بالنسبة للوقاية من الإصابة بالمرض، تشير نتائج دراسة وبائية أجريت فى نيو يورك إلى أن ارتفاع مستويات التحصيل الدراسى والوظيفى يمكن أن يقلل من خطر الإصابة بمرض الزهايمر، سواء بتقليل سهولة اكتشاف المرض ، أو بإيجاد "احتياطى" يؤجل من ظهور الملامح الإكلينيكية للمرض[١٤].

وهناك مهمة تشخيصية لا تقل أهمية ، وهى التفريق بين الخرف الكاذب (pseu-dodementia) التى يتسبب الاكتئاب فى حدوثها فى المسنين ، وبين الخرف الشيخوخى (senile dementia) ، وذلك لأن المعالجة الملائمة للاكتئاب تؤدى لاختفاء أعراض تعطل الوظائف المعرفية. وتتطلب معالجة الاكتئاب فى المسنين الاعتناء بجرعات الأدوية (فكثيرا ما تكون المستويات العلاجية للأدوية أقل فى المسنين) ، والمراقبة الدقيقة لظهور الأعراض الجانبية لتلك الأدوية ؛ فإذا تمت المعالجة بالصورة المناسبة ، فستؤدى للحصول على نتائج ممتازة.

تم إجراء الغالبية العظمى من الدراسات المتعلقة بمعدلات انتشار الخرف فى البلدان الصناعية ؛ وفى السنوات الأخيرة، أجرى عدد من الاستقصاءات المهمة فى جميع أنحاء العالم (انظر الجدول ٩-٢، والجدول ٩-٣). وتم تقرير مرض الزهايمر لكونه أكثر انتشارا من الخرف الوعائى فى أمريكا الشمالية وأوروبا ؛ بينما تم تقرير العكس فى اليابان والصين (جدول ٩-٣). وبصورة عامة ، تتضاعف معدلات الانتشار مع كل زيادة قدرها خمس سنوات فى المرحلة العمرية ما بين سن الستين وسن التسعين. ووجدت دراسة أوروبية مشتركة أن معدلات انتشار الخرف قد ارتفعت من ١,٤٪ بين من تتراوح أعمارهم بين ٦٥-٦٩ ، إلى ٣٢٪ بين أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ٩٠-٩٤ . ونظرا لأن معدلات انتشار المرض ترتفع بصورة مطردة مع التقدم فى العمر ، فليس لمتوسط معدلات انتشار المرض فوق سن الستين أو الخامسة والستين سوى فائدة محدودة؛ فستعتمد المعدلات المحسوبة (computed) على عدد أفراد مجموعة المسنين الذين اشتملت عليهم دراسة ما (بمعنى أنه كلما ازداد عدد أكبر المسنين بين أفراد العينة، ارتفعت معدلات الإصابة). وتنعكس تلك الظاهرة فى التباين الشديد الموجود فى بيانات انتشار المرض التى تقررها الدراسات المختلفة

جدول ٩-٢ : معدلات انتشار الخرف فى المناطق الجغرافية المختلفة من العالم

المنطقة	العمر قيد البحث	حجم العينة	معدل الانتشار	طرق التشخيص
الصين				
شنغهاى	٥٥ +	٥.٠٥٥	٤,٦	إكلينيكية، MMSE
بكين	٦٠ +/٦٥ +	١.٣٣١	١,٣/١,٨	إكلينيكية ، MMSE
تايوان	٦٠ +	١.١١٣	٠,٥	إكلينيكية
سنغافورة	٦٥ +	٦١٢	١,٨	إكلينيكية ، GMS
الولايات المتحدة				
بالتيمور، MD	٤,٠	٦٠٠٠	٤,٠	تشريح ما بعد الوفاة
بوسطن، MA	١٠,٣	٣,٦٢٣	١٠,٣	إكلينيكية، عصبية – نفسية

إنجلترا				
ليفربول	٦٥ +	١,٠٧٠	٥,٢	إكلينيكية ، GMS
جميع المناطق	٣٠ +/٦٥ +	٨٠٠٠	١,٨/ ٦,٧	المقابلة الصحية الإكلينيكية والفحص الإكلينيكى لعينات مختارة
اليابان				
ناجويا	٦٥ +	٣,١٠٦	٥,٨	إكلينيكية
إيطاليا				إكلينيكية ، MMSE
أبينيانو	٥٩+	٧٧٨	٦,٢	

(اختبار الحالة العقلية المصغر) ;MMSE = Mini-Mental State Exam

(اختبار الحالة العقلية للمسنين) GMS= Geriatric Mental State

المصدر : للحصول على أسماء المؤلفين الأصليين ، انظر Chang et al.(1993)

داخل البلد الواحد أو بين الدول المختلفة ؛ وعلى سبيل المثال ، تتراوح تلك المعدلات من ٤,٥ إلى ١٠,٣ ٪ فى الولايات المتحدة،ومن ١,١ إلى ٤,٨ ٪ فى اليابان،ومن ٤,٦ إلى ٧,٢ ٪ فى جمهورية الصين الشعبية[١٥].

فى الاستقصاءات الحقلية التى أجريت على المسنين الذين يعيشون داخل المجتمع ، تكون معدلات انتشار الخرف أعلى بكثير بين أولئك الذين لم ينالوا سوى قدر محدود من التعليم. وفى دراسة أجريت فى شنغهاى (Shanghai) ، تم تسجيل معدلات الخرف بين الأميين على أنها تبلغ خمسة أضعاف مثيلاتها بين الذين تلقوا تعليما ابتدائيا ، وثمانية عشر ضعفا لمثيلاتها بين أولئك الذين التحقوا بالدراسة الجامعية [١٦]. وتعكس هذه النتائج ، بصورة جزئية ، اعتماد وسائل البحث ذاتها على المهارات التى يتم اكتسابها فى المدرسة. وعلى الرغم من ذلك ، فقد يكون هناك مدروج (gradient) فى معدلات انتشار الخرف بين المستويات التعليمية المختلفة. ويعتقد بعض الباحثين أن الافتقار إلى التعليم يبطئ من تطور الدماغ فى السنوات الأولى للحياة ، مما يجعل لفقد الخلايا الدماغية فى أرذل العمر تأثيرات أشد خطورة بالنسبة للوظائف

جدول ٩-٣ : النسبة المئوية لحالات الخرف المشخصة فى المرضى المصابين بالخرف فى عدة دول مختلفة .

المنطقة/المجموعة الإثنية	مرض الزهايمر	خرف الاحتشاءات المتعددة	خرف باركنسون	أنواع الخرف الأخرى
الصينيون				
شنغهاى ، الصين	٦٤,٧	٢٦,٨	غير محدد	٨,٥
بكين ، الصين	٣٣,٠	٦١,٠	٠,٠	٦,٠
سنغافورة	٦٣,٦	٣٦,٤	٠,٠	لا يوجد
نيويورك ، أمريكا	١٢,١	٧٥,٩	٤,٦	٧,٥
اليابان				
ناجويا	٤١,٤	٤٨,٣	غير معروف	١٠,٣
طوكيو	١٨,٠	٧٠,٠	غير معروف	١٢,٠
الأمريكيون (بيض)				
بوسطن ، MA	٨٤,١	٤,٤	٠,٠	١١,٥
الأمريكيون (سود)				
بالتيمور . MD	١٨,٢	٢٢,٧	١,٥	٥٧,٦
البريطانيون				
كمبردج شاير (ريف)	٥٢,٠	٣١,٠	٠,٠	١٧,٠
إيطاليا				
أبينيانو	٤٢,٠	٣٥,٠	غير معروف	٢٣,٠

المصدر: للحصول على أسماء مؤلفى البحوث الأصلية ، انظر Chang et al.(1993)

الدماغية (بمعنى "عدم وجود مخزون احتياطى" [lack of reserve]).(١٧)

فى بعض المجتمعات ، يعالَج الخرف كجزء متوقع، أو على الأقل مفهوم ، من العملية الشيخوخية ، وباعتباره كذلك، فلا يعامل من قبل الجمهور كمشكلة صحية كبرى ،

كما تستجيب له الأسر كما تفعل مع بقية مظاهر الشيخوخة ، مثل الإعاقة الجسدية. ويقترح نيكى (Neki) أن الخرف الشيخوخى يتسم فى الهند بكونه أقل انتشارا ، أو أقل شدة، نتيجة لوجود تكيف أفضل لحاجات المصاب بالخرف هناك ، مقارنة بما يحدث فى الغرب[١٨]. ويقترح مكانجولا (Makanjuola) أن انخفاض معدلات الإصابة بالخرف فى نيجيريا ، خصوصا الخرف من نوع الزهايمر، قد يكون نتيجة لكون أفراد الأسرة محتملين (tolerant) نسبيا لجميع الاضطرابات العقلية فى كبار السن ، باستثناء الحالات البالغة الشدة ، ولذلك فهم لا يلجأون للمؤسسات الصحية طلبا للعلاج [١٩]. وفى بعض المجتمعات ، تعد "الطفولية" (childishness) من المصاحبات المتوقعة للتقدم فى العمر ، ومن ثم يتم احتمال الحالة بدلا من اعتبارها مَرَضية ؛ وفى بعض المجتمعات الأخرى، تتعرض النسوة العجائز المصابات بالخرف لخطر اعتبارهن ساحرات ، ومن ثم رجمهن بالحجارة حتى الموت إذا انتشر الاعتقاد بكونهن كذلك[٢٠]. وبصورة عامة، فإن التغيرات الحادثة فى الشخصية (الارتياب المرضى) ، وفى الحالة المزاجية [mood] (الاكتئاب و الهيوجية) ، وفى ملاءمة السلوك للتقاليد المجتمعية (إهمال النظافة الشخصية) ، وفى الاهتداء المكانى ([spatial orientation] التجول على غير هدى والضياع) ، تكون أكثر وضوحا من فقد الوظائف المعرفية ، وذلك فى الأوصاف التى يدلى بها أفراد الأسرة عن أقاربهم المسنين فى الكثير من تلك البلدان (انظر إطار ٩-٢).

يجب الا تتسبب أوجه الشك فى دقة تشخيص حالات الخرف البسيط ، فى طمس حقيقة أن الخرف المتوسط أو الشديد تتسم بالإعاقة ضمن أى سياق ؛ فالمريض يكون فاقدا للإحساس بالزمان والمكان ، ولا يمكنه الاعتناء بنفسه، كما يحتاج لمراقبة متواصلة. وفى كل من الولايات المتحدة والمملكة المتحدة ، يتم إدخال نحو نصف نزلاء دور رعاية المسنين إلى تلك الدور نتيجة لإصابتهم بالخرف. أما فى بكين ، فيتم الاعتناء بالمصابين بالخرف داخل المجتمع ، مع ما يحمله ذلك فى كثير من الأحيان من عبء ثقيل على كاهل أسرة المريض .

مشكلات أخرى متعلقة بالصحة العقلية

لا تتوافر لدينا سوى بيانات محدودة عن الاضطرابات الأخرى للصحة العقلية،مثل الاكتئاب والقلق ، بين المسنين فى أفريقيا ،وآسيا، وأمريكا اللاتينية. وتشير الدراسات إلى وجود المعدلات التالية لهذه الاضطرابات:

وجد استقصاء للاضطرابات النفسانية بين المسنين من نزلاء المستشفيات الهندية ، أن ٢٧٪ منهم مصابين بالاكتئاب ، مقارنة بـ١٢٪ مصابين بالخرف ، و٣٥٪ بالفصام المزمن، و٢٥٪ باضطرابات نفسانية أخرى غير محددة[٢٢]. ووجد استقصاء آخر أجرى على عينة مكونة من ٥١ مسنا نيجيريا من مراجعى أحد المستشفيات النفسية هناك ، معدلات أقل للإصابة بالاكتئاب (٩,٨٪) ، مقارنة بالاضطرابات الزورانية (paranoid) التى يبدأ ظهورها فى أرذل العمر ، والتى تم تشخيصها فى ٥٥٪ من الحالات (وجد من بينها ٢٠ حالة متوافقة مع المعايير التشخيصية للفصام الزورانى)[٢٣]. وفى ليسوتو ، وجد هوليفيلد (Hollifield) وزملاؤه أن معدلات انتشار اضطراب الهلع (panic disorder) واضطراب القلق العام بين المسنين الذين شملهم الاستقصاء قد بلغت ٢,٣٪[٢٤].

وجدت دراسة أجريت على عينة مكونة من ١١١ مسنا تبلغ أعمارهم الخامسة والستين أو تزيد، ويعيشون داخل المجتمع فى مدينة ساو باولو البرازيلية ، أن معدل انتشار المشكلات النفسانية بينهم كان ٢٩,٧٪، وكان توزيع الأمراض كالتالى: الخرف ، ٥,٥٪؛ الاكتئاب،١٤,٣٪؛ العُصاب بأنواعه ، ٧,٧٪؛ اضطرابات الشخصية ، ١٥,٣٪؛ الاضطرابات المتعلقة بإدمان المخدرات، ٣,٣٪ ؛ والاستجابات التكيفية ، ٦,٦٪[٢٥]. وعندما قام المؤلفون بمقارنة هذه البيانات بعينة مشابهة من المسنين الذين يعيشون داخل المجتمع فى مدينة مانهايم الألمانية، لاحظوا وجود معدلات أكبر بصورة ملحوظة للأعراض المرضية "الصغرى" للمراضة النفسانية فى عينة ساو باولو ، بما فيها تلك الأعراض مثل اضطرابات النوم ، والهيوجية (irritability) ، والقلق ، والاكتئاب ، وعدم القدرة على التركيز. ويعتقد أولئك الباحثون أن المعدلات المرتفعة للأعراض النفسانية فى عينة ساو باولو ، مقارنة بعينة مانهايم ، إنما تعكس " الضغوط

المرتبطة بعملية التثاقف السريع (rapid acculturation) ، والفقر ، والظروف السكنية السيئة ، وانخفاض – أو عدم وجود– قيمة المعاش التقاعدى الذى يحصل عليه المسنون " [٢٦].

فى دراسة اشتملت على أربع دول ، ومصممة لدراسة المسنين فى منطقة غرب الباسيفيكى (فيجى، وماليزيا ، والفلبين، وكوريا الجنوبية) يذكر تقرير أندروز (Andrews) وزملائه وجود خمسة من الأعراض الدالة على الاضطرابات النفسانية[٢٧]. وتشمل هذه الأعراض صعوبات النوم ، والانزعاج والقلق ، وفقدان الاهتمام بالبيئة الخارجية، والإرهاق ، والنسيان. وتوضح البيانات التى حصلوا عليها ، بصورة عامة ، أن معدلات الإصابة بجميع المشكلات قد بقيت ثابتة أو ازدادت مع التقدم فى العمر.

فى جزر فيجى ، قرر الأشخاص المتقدمين فى السن فقدانهم للاهتمام بالبيئة المحيطة بهم ، وشعورهم بالنسيان أكثر مما فعل الشباب ، دون وجود فرق بين الجنسين. وفى كوريا الجنوبية ، اشتكى من ٣٠٪–٥٠٪ من حجم العينة قيد البحث من صعوبات النوم، ومن الانزعاج والقلق، وفقدان الاهتمام ، والشعور بالتعب والإرهاق ؛ وتتغير تلك النسب قليلا باختلاف العمر. وفى ماليزيا ، كانت هناك زيادة مرتبطة بالعمر فى تقرير حدوث المشكلات العقلية الخمس فى الذكور ، وزيادة تقرير الشعور بعدم الاهتمام ، والتعب ، والنسيان بين الإناث ، وكانت هذه الزيادة أكبر ما تكون بالنسبة لفقدان الاهتمام (loss of interest) ، فقد ذكر ١٨٪ من الرجال ، و٢٩٪ من النساء ، الذين تبلغ أعمارهم ٦٠–٦٤ سنة أنهم غير متحمسين لفعل الأشياء التى كانوا يهتمون بها فى السابق ، مقارنة بستة وسبعين فى المائة من الرجال ، و٧٧٪ من النساء ، الذين تبلغ أعمارهم الثمانين فما فوق. وفى الفلبين ، ارتفعت معدلات انتشار المشكلات الصحية العقلية الخمس مع التقدم فى العمر. ولوحظ أكبر الفروق بين المجموعات العمرية الأصغر والأكبر سنا بالنسبة لفقدان الاهتمام (بلغ الفارق نحو ٣٠٪ فى الجنسين) ، والشعور بالتعب (بلغ الفارق ٢٩٪ بالنسبة للرجال) ، والنسيان (بلغ الفارق ٤٨٪ بالنسبة للرجال).

إطار ٩-٢: "امرأة مجنونة" اسمها سوميتا ، تعيش فى مدينة كلكتا

تزوجت سوميتا بوز (Somita Bose) من رجل متعلم ، وانتقلت من قريتها للعيش فى مدينة كلكتا منذ ما يزيد على نصف القرن. كان زوجها أستاذا جامعيا ، ولم يكن بينهما الكثير من الاهتمامات المشتركة ؛ فنادرا ما كان يقضى أوقاته معها منذ زواجهما . كان لديهما ابن واحد ، واسمه ميثون (Mithun) ، أصبح المتنفس الرئيسى لمشاعر أمه التعيسة. أصبح ميثون فنانا وتزوج فى النهاية من شارميلا (Sharmila) وهى أمينة مكتبة.

كانت شارميلا حانقة على اعتماد حماتها الكلى على ميثون ، الذى لم يتمكن من الحصول على وظيفة دائمة كفنان، وبدأ شعوره بالاكتئاب يزداد بصورة مضطردة. وكانت شارميلا تنفق على الأسرة ، لكونها تعمل بوظيفة طول الوقت كأمينة لإحدى المكتبات فى وسط مدينة كلكتا ، ولكن عندما توفى والد ميثون ، أجبر الثلاثة الباقين – الأم ، والإبن، وزوجة الابن – على الانتقال إلى شقة فى الدور الأرضى بمنزل والدى شارميلا.

بعد الانتقال بوقت قصير، بدأت سوميتا تتجول على غير هدى وتضيع فى المناطق المحيطة بالمنزل ، مما سبب الإحراج لشارميلا. بدأ ميثون يقضى أغلب أوقاته فى المنزل لمراقبة أمه ، وتوقف عن البحث عن عمل. وفى أحد الأيام ، صاحت سوميتا من النافذة لاستدعاء الشرطة ، متهمة أسرتها بإساءة معاملتها وعندئذ قامت شارميلا بدورها باتهام سوميتا بتحطيم عمل ميثون بحبسها له فى المنزل للبقاء بجوارها. كانت حدة التوتر هائلة بين أولئك الثلاثة الذين يعيشون فى شقة ذات غرفة نوم واحدة .

أقدم ميثون فى النهاية على إيداع والدته فى إحدى دور رعاية المسنين وبعد إدخال سوميتا إلى دار المسنين بثلاثة أيام، ارسلت المشرفة رسالة مفادها أن سوميتا لا تصلح للإقامة فى الدار وصل ميثون وشارميلا إلى المؤسسة ليجدوا سوميتا جالسة فى الخارج ، كانت عيناها تلمعان وشعرها أشعث ومنكوش للغاية. قالت المشرفة لميثون بغضب: " لقد كذبت علىّ ، فوالدتك مجنونة، لذلك فهى مسئوليتك الشخصية" ، فالمشرفة ترى أن المجانين لا ينتمون إلى دور رعاية المسنين ، لأنهم يشوهون صورة المكان كمصدر للإحسان .

لجأت شارميلا عندئذ للرعاية النفسية ، على أمل أن تشخص حالة حماتها على أنها مصابة بالجنون ، ومن ثم يتم احتجازها فى إحدى المصحات النفسية. اصطحب الزوجان سوميتا إلى عيادة إحدى الأسر المعروفة فى كلكتا بنبوغ أفرادها فى الطب النفسى ، وهناك

أخبرهما أحد الأطباء أن سوميتا مصابة بمرض الزهايمر ، ونصح بإجراء تفريس مقطعي محوسب للدماغ (CT-scan) لمساعدته في تشخيص الحالة بدقة أكبر .وبرغم أن التفريس المقطعي المحوسب ليس ضروريا ولا كافيا لتشخيص الخرف، فقد استخدم الطبيب نتائج الفحص لتأكيد رأيه التشخيصي.

ونتيجة لتسلحها بتشخيص مرض الزهايمر – وهو مرض بيولوجي معقد – ويعقار اسمه داسوفاس (Dasovas) ، شعرت شارميلا بالارتياح ؛ فقد كانت سوميتا مريضة ، وبالتالي فهي مرشحة شرعية للإقامة في إحدى دور الرعاية النفسية. بدأ الزوجان في استقصاء دور الرعاية المتوافرة ، فلم يقبل سوميتا للإقامة فيه سوى دار للرعاية النفسية باهظة التكاليف ؛ كان المكان يبعد مسيرة ساعتين بالحافلة عن كلكتا، لذلك فلم يكن بوسع أفراد الأسرة أن يزوورنها إلا لماما.

ما الذي أصاب سوميتا ؟... من الصعب أن نجيب على هذا السؤال بدقة ؛ فمع انتقال سوميتا من منزلها إلى دار المسنين ، ثم إلى دار الرعاية النفسية ، أسهم كل من التوترات المنزلية ، والأنماط المؤسساتية للرعاية ، و"التطورات" الحديثة في المعرفة البيولوجية – الطبية ، في تغير تقييم أفعالها. وتشير التفسيرات الشديدة التباين لهذه الأفعال ، إلى القضايا الثقافية والاجتماعية المعقدة وراء أية سلوكيات تبدو منحرفة أو شاذة. ويتسم أي تقييم للمرض أو المراضة في المسنين ، من الجنون إلى مرض الزهايمر، بكونه مُختلفا فيه (con- tested) نتيجة للمصالح والاهتمامات السياسية والاجتماعية المتنافسة[٢١].

ترتبط مشكلات الصحة العقلية الأخرى بالغذاء. ويقدر البنك الدولي أن هناك نحو ٧٨٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم، ومن جميع الفئات العمرية، يعانون من نقص الطاقة (energy deficient)[٢٨]. ويتعرض كبار السن، وخصوصا النساء ، للفقر بشكل أكثر حدة ، ولذلك فهم أكثر احتمالا عن عموم السكان للإصابة بسوء التغذية. ويمكن أن يؤدي نقص الطعام إلى مشكلات مثل التخليط (confusion) ، والنسيان. ويمكن أن تتسبب هذه الأنواع العكوس (reversible) من الخرف ، في وجود مشكلات تشخيصية. وعلى سبيل المثال ، فقد يظن أن المريض التي تظهر عليه أعراض التخليط مصاب باضطراب عضوي ، بينما هو يعاني (أو هي تعاني) ، في واقع الأمر ، من سوء التغذية. وبذلك ، لا يتم بذل أي جهد لمعالجة حالة مرضية عَكوس. ويمكن أن يحدث سيناريو آخر في المجتمع ، والذي يتوقع من المسنين أن يصابوا بالتخليط وبطء التفكير كأعراض مصاحبة للشيخوخة الطبيعية ، ومن ثم لا يتعرف على أعراض سوء التغذية ،

وبذلك لا يتم تشجيع المسنين على طلب العلاج. وعلى كل حال ، ربما كان هناك تأثير أكثر انتشارا ، وهى المشكلات الناتجة عن سوء التغذية، والتى تطمس أعراض الاضطرابات العضوية ، مما يترك المرضى غير مشخصين (undiagnosed).

تسهم العديد من العوامل الوسيطة (mediating factors) فى إحداث المرض العقلى ، وفى مضاعفة أية حالات مرضية موجودة بالفعل . وتشير الدراسات إلى أنه بوسع المسنين اجتناب حدوث بعض مشكلات الصحة العقلية إذا هم حافظوا على دور نشط فى المجتمع[٢٩]. وكثيرا ما تتسبب التحولات الاجتماعية المرتبطة بالتصنيع ، فى عزل المسنين عن الأدوار التى كانوا يضطلعون بها سابقا ، كما تزيد من اعتماديتهم على غيرهم[٣٠]. وأظهرت الدراسات أن التحولات الاجتماعية تسبب مشكلات للمسنين ، مثل تدهور المشاركة فى الأنشطة الاجتماعية ، وفقدان الكرامة واحترام الذات ، وضعف شبكات الدعم الأسرية ، والتى يمكن أن تتسبب جميعها فى التأثير سلبا على الصحة العقلية للمسنين[٣١].

نحو إعادة النظر فى الخرافات المتعلقة بالرعاية

(**Rethinking the Myths of Care**)

تشتمل النظرة النمطية بين عموم الناس (والتى تدعمها أغلب الوثائق التى تتناول دراسة الشيخوخة) ، على أن الكثير من المجتمعات "التقليدية" توقر مسنيها، وأن العائلات تعتنى بهم ، بينما تتجاهل المجتمعات فى أغلب البلدان الصناعية أفرادها من كبار السن.وحسب ذلك المنظور ، تترك التحولات الاجتماعية السريعة المسنين وراءها .ويعنى تعميم هذا المنظور أن المسنين يتمتعون بمكانة أعلى فى المجتمعات الزراعية ، حيث تكون الأسر المتوسعة هى العرف ، وبمكانة أدنى فى المجتمعات المتمدنة ، حيث تسود البنى الأسرية العنقودية[٣٢]. ويتردد صدى هذه الخرافات الباقية فى جميع مراحل الخلاف المتعلقة بالسياسات . وعلى سبيل المثال ، يستخدم الأشخاص المعترضين على تقديم الرعاية الحكومية والخدمات التى تمولها الحكومات للمسنين فى أفريقيا، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية ، تلك الأفكار المسبقة لدعم وجهة نظرهم[٣٣].

تعتبر هذه النظرة مفرطة التبسيط لأسباب عديدة؛ أولها أن الوضع التقليدى، حيث تعيش القرية فى حمى أحد المسنين الذين يتمتعون بالتقدير والإجلال ، والذى يترأس الطقوس الاحتفالية ، ويتولى تقديم المشورة والفصل فى المنازعات ، لا يمكن أن يتحقق إلا لو لم يكن هناك سوى القليل من الأفراد الاستثنائيين الذين يبلغون سن الشيخوخة ، وبذلك ، ينظر إلى التقدم فى السن على أنه ميزة بالنسبة لأولئك الذين يحصلون عليها. أما الآن ، ومع ازدياد عدد الأفراد الذين يعيشون حتى أرذل العمر، أصبحت الشيخوخة ذاتها أقل غرابة ، كما أن هناك أعدادا متزايدة من المرضى والمعاقين بين أولئك المسنين. ولذلك ، فمن المحتمل ألا يكون الاحترام الأساسى للمسنين هو الذى يضمحل، بل إن نسبة الأشخاص غير العاديين والاستثنائيين بين المسنين هو الذى انخفض ، نتيجة لارتفاع مستويات الدخل وتحسن سبل الرعاية الصحية ، وبذلك يتطلب المسنون- كمجموعة سكانية - قدرا أقل من الاحترام.

أما السبب الثاني، فهو أن الأسرة الممتدة- والتى هى من العوامل الرئيسية بالنسبة للمنظور التقليدى- قد تظهر نتيجة للحاجة أكثر من كونها محض اختيار من قبل أفراد الأسرة. وحسبما يرى نديجر (Nydegger) ، تتحدد الإقامة المشتركة بفعل العوامل الاقتصادية ، كما أن كثيرا من أفراد الأسرة المسنين يفضلون أن يعيشوا وحيدين[٢٤]. وفى مدينة شنغهاى الصينية، على سبيل المثال، يعيش ثلاثة أرباع المسنين مع عائلاتهم. وقد يكون ذلك مجرد انعكاس لأزمة السكن الحادة ، نظرا لأن تلك المعدلات تزيد كثيرا عن مقابلاتها فى بكين وتيانجين ، حيث تتوافر المساكن بصورة أفضل بكثير عما هو الحال فى شنغهاى.

ثالثا، يعكس حكم المسنين (gerontocracy) وضع البنى الاقتصادية السائدة فى بعض البلدان. وتضمن توقعات الإرث أن تعتنى العائلات بأفرادها المسنين. وفى البلدان التى لا تمتلك أسسا صناعية قوية ، يحتفظ المسنون بالسيطرة على مواردهم ، حيث أنهم يتوفون قبل أن تتضح إصابتهم بالإعاقة الجسدية. أما فى البلدان الأخرى ، فقد يتخلى المسنون عن السيطرة على ممتلكاتهم ، لكنهم يحتفظون بملكيتها ومن ثم يتركون أفراد عائلاتهم يقومون بفلاحة الأرض ، وعندئذ يعتمد المسنون على سلطة

الإرث للتوصية بتوريث ممتلكاتهم ، أو ليضمنوا أن عائلاتهم ستعتنى بهم بصورة لائقة[٣٥]. وإذا استطاع الأبناء أن يكسبوا قدرا من المال فى المدينة أكبر من كامل ميراثهم فى ممتلكات آبائهم، فقد يكونون أقل رغبة وأقل استعدادا للقيام بمهمة رعاية أولئك الوالدين.

خلال سير الخلافات الأخيرة المتعلقة بالسياسات ظهر خطر إيجاد خرافات جديدة . وفى محاولة للتغلب على الاعتمادية الغربية على نماذج الرعاية المؤسساتية ، يخوض بعض المؤلفين بعمق شديد فى الاتجاه المعاكس ، ويلمحون بأن جميع أوجه رعاية المسنين يمكن أن تتم - بل ويجب أن تكون - داخل نطاق الأسرة. ويمكن أن يثقل ذلك كاهل الأسرة ، دون أن تصاحبه بالضرورة زيادة فى المساعدات المالية التى تمكنها من تأدية تلك المهام. وبتعزيز الكيفية التى يمكن بها للأسرة أن تدعم الأقارب المسنين ، يستشرف هذا المطلب أيضا المساهمات الإيجابية ، سواء كانت عاطفية أو مادية ، التى يمكن أن يقدمها المسنون للحياة الأسرية[٣٦].

الأنظمة غير الرسمية للرعاية

(Informal care systems)

تنتشر الأنظمة غير الرسمية (غير الحكومية) للرعاية فى أغلب بلدان أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية ، حيث يلقى عبء رعاية المسنين بصورة أساسية على أبنائهم. وفى إحدى الدراسات الإندونيسية ، وجد أن ٨٠٪ من المسنين الذين يحتاجون للرعاية قد تلقوها من عائلاتهم ، فى حين اعتبر المرضى الأصغر سنا مسئولية المجتمع [٣٧]. وتشير نتائج دراسة أجريت فى كينيا إلى أن ٩٢٪ من النسوة العجائز ، و٨٨٪ من الرجال الطاعنين فى السن ، يتلقون الرعاية من واحد على الأقل من أبنائهم[٣٨]. وفى البلدان الصناعية ، توجد هناك معدلات مماثلة للرعاية الأسرية للمسنين الذين أصابهم الوهن وباتوا معتمدين على غيرهم فى تأدية الأنشطة الفعالة للحياة اليومية[٣٩]. وتعنى التكلفة المرتفعة للمستشفيات والتكنولوجيا المتقدمة ، والزيادة الهائلة فى عدد المسنين ،

أنه من المرجح أن تبقى الأسرة مصدرا رئيسيا لتقديم الرعاية للمسنين فى جميع أنحاء العالم(٤٠).

بصورة عامة ، ينتج عن التحولات الاجتماعية الحادثة فى الصين ، واليابان ، والبلدان الأفريقية جنوبى الصحراء الكبرى ، وأجزاء من الهند المسلمة(٤١) ، انخفاض معدلات الرعاية الأسرية للمسنين. وبالإضافة إلى ذلك ، فيتوقع من الأسرة أن تتعامل مع التحديات المتزايدة للشيخوخة فى نفس الوقت المحدد الذى تتعرض فيه لضغوط هائلة بفعل القوى الاجتماعية والاقتصادية الأخرى.

هناك أربع قوى رئيسية تؤثر على قدرة الأسرة على رعاية مسنيها. أولا ؛ تجذب فرص العمل الأجيال الأصغر سنا للعمل فى المدن ، ومن ثم ترك المسنين فى قراهم دون وجود من يعتنى بهم. وبرغم أن المهاجرين عادة ما يرسلون النقود إلى أقاربهم فى القرى ، فستزداد صعوبة رعاية المسنين مع ارتفاع معدلات هجرة الشباب. ثانيا ، سيعنى انخفاض معدلات المواليد أن يتحمل واحد أو اثنين من الأبناء عبء رعاية والديهم ، بينما كان هذا العبء يوزع فى السابق على عدد كبير من الأبناء. وفى بعض البلدان ، مثل الصين ، تحكم قواعد صارمة تحديد أى من الأبناء سيتولى رعاية الوالدين فى سنوات الشيخوخة. ثالثا ، من المرجح أن تؤدى الهجرة والتحولات الزراعية إلى تحطيم علاقة الراعى – العميل (patron-client) (حيث يرتبط عدد من الفلاحين بصاحب الأرض أو التاجر). وعندما يترك المحاصصون(*) دون راع ودون نظام حكومى للرعاية الصحية ، لا يتوافر لديهم سوى القليل من الموارد التى يمكن اللجوء إليها فى أوقات الطوارئ. رابعا ، تزيد التنمية الاقتصادية من عدد النساء بين أفراد القوى العاملة فى العديد من البلدان. وحيث أن النساء يقمن بتقديم جل الرعاية للمسنين ، سيؤدى هذا التغير إلى المزيد من التقلص فى احتمالات حصول المسنين المعتلين عقليا على الرعاية غير الحكومية (informal care).

(*) (sharecroppers : أى المزارعون الذين يقومون بزراعة الأرض لمصلحة المالك مقابل جزء من المحصول)– المترجم.

من المرجح أن تؤدى هذه الضغوط التى تتعرض لها الأسرة، وزيادة عدد المواقف التى لا توجد فيها أسرة كاملة لتوفير الرعاية للمسنين ، إلى ازدياد الحاجة لوجود الأنظمة الحكومية للرعاية[٤٢]. ويلقى أغلب العبء الناجم عن الرعاية على كاهل النساء ، حيث أنهن غالبا ما يكن المقدمات الرئيسيات للرعاية ، وعلى الفقراء الذين لا يمتلكون الإمكانات الكافية[٤٣]. وبالإضافة إلى ذلك، فقد يعتمد المسنين الذين لا أولاد لهم ، وخصوصا الأرامل منهم (والذين يمثلون نسبة مرتفعة من عدد المسنين فى بعض المجتمعات) ، على أحد أقاربهم فى توفير الرعاية لهم. وفى الكثير من الحالات، يكون هذا القريب أحد الأشقاء ، خاصة أخت تصغر بقليل ذلك الشخص المحتاج للرعاية. وعلى وجه الخصوص فى تلك الحالات التى لا توجد فيها الشبكات الأسرية الكبرى ، والتى يكون فيها مقدمو الرعاية من المسنين بدورهم ، قد يشعر مقدمو الرعاية بالإحباط ، والعجز، والاكتئاب.

الأنظمة الحكومية للرعاية

تتسم الأنظمة الحكومية للرعاية بالقصور فى أغلب البلدان المنخفضة الدخل ، سواء من ناحية شمولية الخدمات أو نوعية الرعاية المقدمة. وعلى سبيل المثال، فمن بين المسنين الذين يحتاجون للرعاية فى الصين ، والبالغ عددهم ١٢ مليونا، لا يتلقى الرعاية المؤسساتية منهم سوى ٠,٠٥٪ وتعارض العديد من المجتمعات فكرة الرعاية المؤسساتية، حتى عندما تطرح كحل قابل للتطبيق[٤٤]. ولا يتوافر سوى قدر ضئيل من المعلومات عن بلدان أفريقيا ، وآسيا، وأمريكا اللاتينية، لكن تقديرات الأمم المتحدة تشير إلى أن نحو ٤-٦٪ من المسنين فى الدول "الصناعية" يعيشون فى نوع أو آخر من مؤسسات الرعاية[٤٥]. وهناك فروق هائلة فيما يتعلق بمعدلات العيش فى مؤسسات الرعاية بين تلك البلدان ، مما يمكن تفسيره كتفاعل معقد بين العوامل السكانية (الديموغرافية) ، والمفاهيم الثقافية ، والعوامل البيئية مثل المناخ. وعلى كل حال ، ففى أغلب البلدان ، يبقى الحجز فى مؤسسات الرعاية كحل أخير ، ويحتفظ به غالبا لحالات الاعتمادية الشديدة على الآخرين (severe dependence)[٤٦]. وليس من الواضح

تماما ما إن كانت التحولات الاجتماعية التى تمت مناقشتها سابقا ستجبر بلدان أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية على اتباع أنماط المؤسساتية (institutionalization) المطبقة فى البلدان الأخرى ، مع زيادة عجز الأسر عن ملاقاة التزامات الرعاية بتلك الأعداد المتزايدة من المسنين المختلين عقليا. وإذا حدث ذلك بالفعل ، فسيكون من حسن الحظ أن يتوافق ذلك مع الزيادة الحادثة فى كمية و نوعية الرعاية المؤسساتية.

توصيات متعلقة بالسياسات

يتوافر القليل من المعلومات التى يمكن من خلالها تقييم السياسات والبرامج النوعية المصممة للمساعدة فى رعاية المسنين الذين يعانون من مشكلات متعلقة بالصحة العقلية. وبالإضافة إلى ذلك، يلاحظ البنك الدولى أن حجم الإنفاق على الرعاية الصحية لا يزيد عن ٤٪ من الميزانية الإجمالية للبلدان "النامية"، مقارنة بأكثر من ١٢٪ من إجمالى الناتج القومى للولايات المتحدة ، كما أن حجم الإنفاق الكلى على الصحة يبلغ نحو ٤١ دولارا للفرد سنويا فى بلدان العالم "النامى"[٤٧]. ولذلك ، فلا تستطيع البلدان "النامية" أن تخصص قدرا كبيرا من الموارد المالية لملاقاة احتياجات المسنين ، ولا المسنين المعتلين عقليا . وتؤثر العديد من السياسات المصممة لأغراض أخرى على العافية الكلية والظروف المتعلقة بالصحة العقلية للمسنين. وتزيد السياسات المتعلقة بالمعاشات التقاعدية ، على سبيل المثال ، من الاستقرار الاقتصادى ، كما تؤثر سياسات الإسكان على ترسيخ الأسر المتعددة الأجيال (multigenerational families). ولذلك ، فسنركز على البرامج والسياسات التى تسهل تمكّن الأسر من تقديم الرعاية داخل البنى المجتمعية القائمة ، لكن ذلك يمكن بسهولة وبكلفة قليلة أن يتم دمجه فى البرامج القائمة أيضا. وبالإضافة إلى ذلك ، سنهتم بالسياسات العريضة التى يحتمل أن تتمكن من معالجة المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية فى المسنين.

يهيمن موضوعان رئيسيان على توصياتنا فيما يتعلق بالسياسات ؛ أولهما أن التدخل الحكومى يجب أن يكمّل (complement) ويحسّن من سبل الرعاية المقدمة للمسنين بالفعل من قبل عائلاتهم وتعطى المعوقات المالية لكثير من البلدان حافزا قويا

لاستكمال أو تحسين سبل الرعاية المقدمة للمسنين داخل نطاق الأسرة ، سواء بتعزيز الصحة الجيدة فى أرذل العمر أو المحافظة عليها. وتوحى تجربة البلدان الصناعية بأنه يجب ألا تستثمر تلك البلدان مواردها المالية فى شراء الأجهزة الباهظة التكاليف كأمر طبيعى. وباعتماد سياسات متنوعة تهدف لدعم الرعاية الأسرية ، لن تستطيع تلك النخبة من الأغنياء أن تحصل بسهولة على مزايا التدخل الحكومى. ومن ناحية أخرى ، فكثيرا ما يخدم الاستثمار فى تكنولوجيا الرعاية الصحية الحكومية تلك القطاعات الثرية فى المجتمع وحدها. وتتميز السياسات الصحية المثلى باستجابتها للتقاليد الثقافية للبلد ، وباشتمالها لكل من الأفراد والمجتمعات فى عملية التوعية الصحية ، وبالوصول إلى الحد الأقصى بالدعم والخدمات غير الحكومية للمسنين من قبل أفراد الأسرة والجيران .

توحى تجربة الدول الصناعية المتقدمة بأن التدخلات الحكومية لمصلحة المسنين لم تقلل من رغبة الأسر فى تقديم الدعم المادى والاجتماعى لأفرادها من المسنين المعوزين [٤٨]. وفى واقع الأمر ، قد يكون العكس تماما هو الصحيح . وعندما لا تتوافر سبل الدعم الحكومية ، يمكن أن تنهار آليات الرعاية غير الحكومية سريعا ، وقد تجبر الحكومة فى بعض الحالات على تحمل مسئولية رعاية المسنين كاملة[٤٩]. وفى كثير من الحالات ، تقوم الأسرة برعاية أفرادها المسنين بدافع الضرورة وليس بمحض الاختيار ، لذا يتوجب على السياسات الصحية المثلى تسهيل عملية قيام الأسر بتقديم الرعاية للأقارب المسنين .

تنقسم السياسات التى يمكن أن تعتمدها الحكومات لتحسين سبل الرعاية الأسرية إلى مجموعات ثلاث ؛ أولا، هناك "مسلك الالتزام" (obligation approach) ، حيث تعتبر الأسرة ملتزمة بتقديم الرعاية ، فى حين يقتصر دور الحكومة على تقديم الدعم الحكومى لأولئك الذين لا أسرة لهم. ويوجه التركيز على هذا المسلك إلى محفزات تشجيع الأسر على الوفاء بالتزاماتها.

ثانيا ، هناك "مسلك الاختيار" (willingness approach) ، حيث تكمل الحكومة تلك المساعدة التى ترغب الأسرة فى تقديمها طواعية . وفى هذا المسلك ، يتوجب على الحكومة أن تساعد المسنين وعائلاتهم فى تحديد نوعية ما يرغبون فى فعله بأنفسهم ، ونوعية ما يمكنهم أداؤه بالفعل .

ثالثا، هناك "مسلك التعويض" (compensation approach) ، حيث تقوم الحكومة بتقديم المساعدة (الدعم المالى) للمسنين ، بغض النظر عن قدرة الأسرة على توفير الدعم لهم. ويمكن ، بطبيعة الحال ، إيجاد توافقات (combinations) مختلفة من هذه المقاربات الثلاث[٥٠].

يتباين النمط المحدَّد لهذه السياسات باختلاف الظروف ، لكن السياسات التى يمكن أن تساعد مقدمى الرعاية الأسرية تشمل ما يلى :

– مراكز الرعاية النهارية (day-care centers) المتعددة الاهتمامات، والتى توفر الأنشطة الترويحية وغيرها من الخدمات ، مثل الاستقصاءات الطبية وخدمات المشورة لكل من المسنين وعائلاتهم. ويوفر ذلك بعض الراحة (respite) لمقدمى الرعاية. وتقوم بعض البلدان ، مثل كوريا الجنوبية ، وسريلانكا، وتايلاند ، وهونج كونج ، إضافة إلى بعض بلدان أمريكا اللاتينية ، بتنظيم مراكز الرعاية التابعة لها حسب تلك التوجهات[٥١].

– تهدف البرامج التى تعرِّف مقدمى الرعاية بطبيعة المسنين المصابين بالخرف ، للتغلب على الاضطرابات السلوكية الصعبة التى تحدث أثناء مراحل تطور المرض. ويجب تعديل مثل هذه البرامج للتوافق مع الواقع المحلى لكل حالة.

– سياسات الإسكان ، والسياسات الاجتماعية التى لا تثبط وجود العائلات المتعددة الأجيال. وفى هونج كونج ، على سبيل المثال ، كانت سياسات الإسكان الحكومية تجبر الأبناء المتزوجين على مغادرة الوحدات السكنية العمومية المخصصة لوالديهم ، أما الآن ، فقد تغيرت الأنظمة لتتيح لواحد من الأبناء المتزوجين البقاء فى الوحدة السكنية لرعاية الوالدين المسنين ، وتعطى الأولوية للمتقدمين الجدد الذين يرغبون فى أن يقيم الوالدان المسنان معهم فى المنزل. وتمنح سلطات الإسكان العمومى فى سنغافورة الأولوية فى السكن للأبناء المتزوجين ولوالديهم الذين يتقدمون بطلبات للسكن فى شقق متجاورة ؛ كما توجد سياسات مشابهة فى ماليزيا[٥٢]. وتقوم كل من ليسوتو وبتسوانا فى الوقت الحالى بدراسة إمكانية منح المواطنين قروضا لتطوير منازلهم بحيث توفر المأوى للأقارب المسنين[٥٣].

– دعم أية مزايا يقدمها أصحاب الأعمال لمساعدة الأسر ، فمع زيادة أعداد النساء بين القوى العاملة ، بدأ أصحاب الأعمال فى تقديم المساعدات ، أو منح الإجازات ، أو طرح خيار ساعات العمل المرنة للموظفين الملتزمين بتوفير الرعاية لأطفالهم ، أو لأقاربهم المسنين.

– إعفاء الأشخاص الذين يتولون إعالة أقربائهم المسنين من دفع ضريبة الدخل ؛ ويتم تطبيق هذه السياسة ، أو يجرى بحث إمكانية تطبيقها ، فى كثير من البلدان ، ومنها سنغافورة ، والجابون ، وكينيا ، وبتسوانا ، والمغرب ، وكوريا الجنوبية ، والفلبين ، وإيران ، والكويت[٥٤].

يتسبب الاعتماد على رعاية الأسرة فى جعل رعاية من لا أبناء لهم غاية فى الصعوبة. وهناك بعض السياسات التى تهدف للتقليل من تعرض أولئك الذين لا أبناء لهم للخطر ، ومنها ما يلى :

– فى الصين ، حيث توجد سياسة لتقديم الدعم المالى للمسنين الذين لا أبناء لهم ، والذين لا يمتلكون وسيلة للكسب ولا سبيل آخر للدعم. ووجدت الحكومة أن تلك السياسة ناجحة للغاية ؛ وذلك لأن عدد المسنين الذين لا أبناء لهم قليل ، مما يجعل تطبيق تلك السياسة غير باهظ التكاليف ، بالإضافة إلى أنها تشجع البرنامج الحكومى لتنظيم الأسرة[٥٥]. وهناك سياسة مماثلة لرعاية المسنين المعوزين فى ولاية ماهاراشترا الهندية ، كما تمتلك زيمبابوى برنامجا لتوفير الرعاية السكنية للمسنين المعوزين[٥٦].

– دعم المنظمات غير الحكومية (NGO's) لتوفير الرعاية السكنية ، كما تحاول الحصول عليه حاليا حكومات كل من ماليزيا ، والهند ، والصين. وقد أقامت إحدى الهيئات التطوعية فى أوروجواى برنامجا تدريبيا للسيدات فى منتصف العمر ، وأولئك المسنات اللاتى يرغبن فى تولى رعاية المسنين فى المنزل[٥٧]. وبصورة مثالية ، يجب أن تكون دور الإقامة (residential houses) صغيرة الحجم وذات ارتباط وثيق بالمجتمع المحلى ، من أجل اجتناب إيحاءات الملاجئ (asylum connotations) السائدة فى بلدان العالم الغربى (انظر إطار ٩-٣).

– خدمة للزواج (matchmaking service) لتشجيع زواج المسنين للمرة الثانية من أجل تقليل عدد المسنين الذين يعيشون بمفردهم. وقد تم اختبار هذه الطريقة فى الصين وكوريا[٦١].

أما الموضوع الثانى للتوصيات ، فهو دمج الرعاية لكل من الحاجات الجسدية والعقلية للمسنين. ونتيجة لأن المسنين يميلون للإصابة من مرضيات متعددة ، فمن المحتمل أن يكون أى شخص مصاب باضطراب عقلى يعانى أيضا من اضطرابات جسدية مزمنة. وباعتبار أن المسنين اكثر احتمالا لطلب العلاج من الاضطرابات الجسدية عنهم للمشكلات العقلية[٦٢]، فستبلغ محاولات معالجة الأمراض العقلية أقصى مدى لنجاحها إذا كانت جزءا من النظام القائم لمعالجة الأمراض الجسدية. ولهذه السياسة ميزة أخرى وهى كون إنشائها أقل كلفة من نظام حكومى مستقل يهدف بصورة خاصة لتلبية الحاجات الصحية العقلية للمسنين.

وتشمل الاستراتيجيات التى تدمج الحاجات الصحية العقلية فى نظام الرعاية الصحية الحكومية ما يلى:

– إنشاء وحدات للطب النفسى فى المسنين (gerontopsychiatry) داخل المراكز الصحية المجتمعية ، وفى مستشفيات رعاية الحالات الحرجة .

– تضمين مقررات للطب النفسى فى المسنين فى برامج الأطباء الحفاة (bare-foot-doctor programs) ؛ والتى يقوم فيها المُسعفون (paramedics) بزيارات منزلية لاستقصاء المشكلات الجسدية وتلك المتعلقة بالصحة العقلية .

وبصورة عامة، من المرجح أن يساعد أى شئ يقلل من إحساس المسنين بالهامشية الاجتماعية والاقتصادية ، على تقليل انتشار المشكلات الصحية العقلية ، كما يوفر وثارا ماليا (financial cushion) للرعاية والمعونة الطبية فى المراحل العمرية المتقدمة. وتتميز مخططات المعاشات التقاعدية (pension schemes) بكونها ضرورية لتقليل تعرض المسنين للخطر. وتوجد المعاشات التقاعدية للعاملين فى القطاع الحكومى فى أغلب بقاع العالم ، وخصوصا فى أمريكا اللاتينية ، ودول الكاريبى ، وأغلب البلدان

الأفريقية ، فى حين كان التقدم نحو التغطية الشاملة للنظام فى آسيا أكثر بطئا[٦٣]. وقد جادل البعض بأن أنظمة المعاشات التقاعدية تفيد غالبا فى إعادة توزيع الدخل لصلحة القطاعات الغنية من السكان، إذ أن أولئك العاملين فى القطاع الحكومى يمثلون أقلية محظوظة (٣٠٪ من السكان فى الجابون، على سبيل المثال)[٦٤]. ويندر أن يغطى النظام سكان المناطق الريفية ، وأولئك العاملين فى القطاع الخاص ، والذين عادة ما يكونون من بين أكثر قطاعات المجتمع فقرا. وفى البلدان التى تعانى من معدلات مرتفعة للتضخم (inflation) ، تصبح المدخرات الخاصة أكثر خطورة ، كما تزداد أهمية أنظمة المعاشات الحكومية نظرا لارتفاع قيمتها مع ازدياد معدلات التضخم ، فى حين لا ترتفع قيمة المدخرات الشخصية فى أغلب الأحيان.

تصبح هذه الأنظمة مفيدة على وجه الخصوص كلما كان بوسعها زيادة شعور المرء بالقيمة الشخصية. وفى الإكوادور ، أقامت منظمة غير حكومية – بمساعدة من الأمم المتحدة – مشروعا رائدا لتوفير فرص العمل للمسنين. ويسبب ذلك الكثير من المشاكل ، نظرا لأن أكثر أولئك احتياجا هم أكثرهم ضعفا وأقلهم قدرة على التدريب لشغل فرص العمل المتوافرة. وعلى أية حال ، ففى إحدى القرى ، لاحظت المنظمة عدم وجود مخبز (bakery) فى منطقة مداها ٤٠ كيلومترا، فأنشأت مخبزا يديره المسنون مستخدمة فى ذلك التقانات المحلية البسيطة المتوافرة،مما وفر للمسنين فرصا للعمل ، ومنتجات ذات قيمة بالنسبة للمجتمع. ثم أنشأت المنظمة بعد ذلك ورشة ملحقة للخياطة للنساء ، إضافة إلى شراء قطعة من الأرض ليقوم فيها الرجال بزراعة الأعشاب الطبية. وفى كولومبيا ، يتولى المسنون إدارة برنامج للتدوير (إعادة التصنيع : recycling) بالتعاون مع مجلس المدينة ، وذلك بتصنيف (sorting) النفايات القابلة للتدوير التى يقوم السكان بتسليمها لمراكز التدوير المنتشرة فى أرجاء المدينة. ويوفر البرنامج قدرا من المال يكفى لمنح المسنين رواتب رمزية[٦٥]. وتمتلك هذه البرامج جميعها قدرة كامنة على زيادة شعور المسنين بالعافية ، مما يؤدى لصحة عقلية موجبة .

إطار ٩-٣: رعاية المسنين في زيمبابوى

من بين عيوب التحولات الاجتماعية السريعة فى الكثير من البلدان ، نجد تأثيرات تغير المؤسسات على حياة المسنين. وقد ظلت شعوب القبائل فى زيمبابوى ، على سبيل المثال ، تحترم مسن يها بصورة تقليدية ، خصوصا من أجل سيطرتهم على البنى الاقتصادية والسياسية داخل المجتمع. وتعتمد المجتمعات المحلية بصورة كبيرة على أنظمة حكم المسنين (gerontocracies) ، حيث يتمتع المسنون بسلطة معتبرة ويسيطرون على أغلب الأراضى ، والأغذية، والماشية(٥٨).

وعلى أية حال ، فقد حصلت زيمبابوى فى السنوات الأخيرة على مكاسب سريعة فى مجالات التنمية الصناعية والتتجير (commercialization). أدت صناعات التعدين والصناعات الزراعية الحديثة التى أنشأها النظام الاستعمارى السابق إلى هجرة السكان من المناطق الريفية ، مخلفين وراءهم الطرق التقليدية للحياة والأسرة. ونظرا لعدم قدرة المسنين على مواكبة تلك التغيرات المتسارعة ، فغالبا ما كانوا يتركون بمفردهم – معوزين ومعتمدين على مصادر خارجية لرعايتهم .

وتضم التحديات التى يجب على المجتمعات المثقلة برعاية المسنين المعوزين ، تقديم خدمات سكنية اقتصادية بالإضافة إلى خدمات تدعيمية ملاءمة. وتوضح دراسة أجريت فى مشروعين سكنيين منفصلين فى زيمبابوى ، أجراهما أندرو تشاد نيانجورو (Nyanguru) ، وهو أحد العاملين فى مجال الخدمة الاجتماعية من جامعة هارارى ، تلك المزايا التى يتيحها تطوير طرق سكنية بديلة(٥٩).

صُمم كل من دار كودزاى (Kudzai) للمسنين ومجمع دامبودزو (Dambudzo) للمسنين ، كنزلين سكنيين يتيحان للمقيمين فيهما من المسنين الاحتفاظ باستقلاليتهم فى الحياة اليومية ، مع تزويدهم بالطعام ، وخدمات الغسل والكى للملابس ، وخدمات الرعاية العامة. ونظرا لوجودهما فى منطقة ريفية ، يؤوى كل من النزلين نزلاء من الذكور والإناث. ويتميز دار كودزاى بحجم أكبر ، برغم أنه يضم نزلاء أقل. ويوفر السكن عددا من وسائل الراحة مثل الحمامات الداخلية، والأسرة ، وغرفة للطعام ، بالإضافة إلى عيادة صحية ملحقة بالمبنى. وعلى العكس من ذلك ، يتسم مجمع دامبودزو بكونه أكثر بدائية وازدحاما بالنزلاء الذين يتوجب عليهم الاغتسال وتناول الطعام خارج المبنى ، والذين يسكن كل خمسة منهم فى

غرفة للنوم ، كما ينامون على حشايا ملقاة على أرضية الغرفة ، وتقتصر الرعاية الصحية المتاحة لهم على زيارة واحدة للطبيب شهريا . وتختلف الإجراءات اليومية فى كل من النزلين عن بعضها البعض، فيتميز مجمع دامبودزو بالاكتفاء الذاتى ، حيث يشترك النزلاء بفعالية فى زراعة ، وجمع المحاصيل الغذائية وفى طهى الطعام. ويشترك النزلاء فى هيئة للإدارة تقوم بتخطيط وإدارة القواعد المتبعة فى النزل. ويشترك النزلاء نمطيا فى أنشطة مربحة مثل نسج السجاد ، كما يتمتعون بحرية الدخول والخروج من الدار وقتما يشاءون . وعلى العكس من ذلك ، تخضع دار كودزاى لإدارة منظمة دينية تعين طاقما للطبخ ، والتنظيف ، ورعاية النزلاء. ويرغم أن بعض النزلاء يعملون فى مشروعات مربحة ، فلا يتم تشجيع هذه الممارسات. ويتوجب على النزلاء التقدم بطلب إلى المسئولين عن الدار كلما أرادوا الخروج من النزل ، أو كلما جاء أحد لزيارتهم.

عندما تمت مقابلة نزلاء كل من الدارين، أشاروا إلى أنه برغم تلبية احتياجاتهم من المأوى ، والمأكل ، والصحبة فى كلا المكانين ، فقد اختلفت جودة الحياة التى يعيشها كل فريق بصورة كبيرة ؛ فقال نزلاء دامبودزو أنهم أكثر شعورا بالرضا ، ويرجع ذلك بصورة أساسية إلى التواصل الاجتماعى المستمر ، وتمكنهم من المشاركة الفعالة فى الإدارة اليومية للنزل ، ولاحتفاظهم باستقلاليتهم. وقال نزلاء كودزاى أنهم راضين عن وسائل الراحة المقدمة لهم ، لكنهم لم يكونوا بنفس القدر من الرضا عن الجودة العامة للحياة هناك.

ويلاحظ نيانجورو ذلك بقوله :" تساعد نتائج هذه الدراسة [الزيمبابوية] فى إظهار أن توفير المأكل ، والملبس، والمأوى ، لا يكفى لضمان جودة مُرضية للحياة التى يعيشها المسنون فى دور رعاية المسنين. ويجب أن تعزز السياسات استمرارية الظروف المعيشية ، وفرص مساعدة الذات ، والمشاركة فى الإدارة اليومية للنزل ، والتى تسهم جميعها فى شعور المرء بالقيمة الذاتية وبالكرامة".

ويخلص تقرير للأمم المتحدة إلى التالى :" توحى تجربة هذين النزلين فى زيمبابوى بالنسبة للأفراد المسنين المعوزين ، بأن المقاربات غير المكلفة نسبيا وتلك الأقل مؤسساتية ، قد تكون قادرة على أن تمنح قدرا أكبر ، وليس أقل ، من الرضا للأفراد المسنين الذين تقوم برعايتهم"(٦٠). وهناك حاجة للاهتمام بهذه النقطة فى الأماكن الأخرى ، حيث يجد المسنون أنفسهم بدون سبل الدعم التقليدية .

من المهم أن نضع فى أذهاننا أنه كثيرا ما تكون هناك اختلافات بين تقديم الرعاية لسكان المناطق الريفية مقابل السكان الحضريين. ويمكن للتداخلات الحكومية أن تصل إلى سكان المناطق الحضرية بسهولة أكثر ، وبكلفة أقل فى كثير من الأحيان ، مما قد يسبب المشاكل فى بعض البلدان ، حيث يعيش معظم المسنين فى المناطق الريفية. ولكن فى المناطق الريفية ، فإن الميل للبقاء ضمن القوى العاملة حتى تمنع من ذلك الإعاقة الجسدية ، وارتفاع نسبة أصحاب الأعمال والعاملين بلا أجر من بين أفراد الأسرة ، وآليات الدعم الأسرية القوية ، وانخفاض معدلات التكدس السكانى ، يجعل من الأكثر صعوبة ، وبصورة ما أقل ضرورة ، بالنسبة للقطاع العمومى أن يتدخل ببرامج مصممة خصيصا للمسنين.

ومختصر القول أن التدخلات المتعلقة بالسياسات الصحية يجب أن تقع ضمن واحدة من مجموعتين رئيسيتين :

أولا ، يجب أن تستفيد السياسات من الرعاية المقدمة حاليا للمسنين من قبل أفراد عائلاتهم ، من خلال تعزيز قدرتهم على رعاية أقاربهم المسنين.

ثانيا، يجب أن تدمج أنظمة الرعاية الصحية الحكومية كلا من الرعاية الصحية العقلية والجسدية ، خصوصا باشتمال جوانب رعاية المسنين فى المبادرات المجتمعية القائمة بالفعل. ويتباين المزيج الأمثل من السياسات الملائمة بالنسبة لكل بلد ، ولذلك فلا يمكن تعميمه على جميع البلدان . ويتمثل التحدى الذى يواجه جميع الأمم فى أن تتعلم إحداها من الأخرى ، وأن تطور السياسات التى تتميز بالواقعية والحساسية للظروف المحلية .

توصيات متعلقة بالأبحاث

تنقسم التوصيات المتعلقة بالأبحاث (research recommendations) إلى أربعة أقسام رئيسية ، والتى تتناظر بصورة مباشرة مع أقسام هذا الفصل من الكتاب :

(١) تلك المتعلقة بالطلب والاستهلاك المستقبلى لخدمات الرعاية الصحية ، باعتبار التحولات الديموغرافية الواسعة النطاق التى تؤدى إلى ارتفاع متوسط أعمار السكان.

(٢) تلك المتعلقة بالتعرف على القوى الرئيسية المؤثرة على الصحة العقلية للمسنين، وبتحديد التحولات البنيوية التى يمكن تنفيذها لتوفير الآليات لتحسين الصحة العقلية للمسنين.

(٣) تلك المتعلقة بوبائيات (epidemiology) الأمراض العقلية فى المسنين .

(٤) تلك المتعلقة بالقدرة المستمرة للأسرة على تقديم الرعاية للمسنين ، خلال فترات التحولات الاقتصادية والاجتماعية السريعة ، وارتفاع معدلات أعمار السكان .

أولا ، سيؤدى النمو السريع فى أعداد المسنين فى جميع أنحاء العالم إلى إجهاد الأنظمة الحالية للرعاية الصحية. وهناك حاجة لإجراء المزيد من البحوث المتعلقة بتطوير نماذج مقبولة للرعاية ، من أجل ملاقاة متطلبات الرعاية الطويلة الأمد ، بما فيها الرعاية المنزلية والرعاية المؤسساتية .

وستقوم منطقة بحثية ثانية بدراسة القوى الرئيسية المؤثرة على الصحة العقلية للمسنين ، مع التركيز على الكيفية التى يمكن بها تطبيق التحولات البنيوية ، مثل المعاشات التقاعدية ، والمشاركة فى القوى العاملة ، والتحويلات بين الأجيال (intergen- erational transfers) (بما فيها النقود ، والسكن المشترك ، والمساعدة على واجبات الحياة اليومية) ، من أجل تحسين جودة الحياة بالنسبة للمسنين المعتلين عقليا فى بلدان أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية .

ثالثا، ينصح بتطوير الدراسات الوبائية المقارنة فيما يتعلق بمعدلات تفشى وانتشار الأمراض الرئيسية التى تصيب المسنين فى أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية. ويمكن لبلدان عديدة أن تنسق وتنفذ هذه الدراسات فيما بينها .

وستقوم المنطقة البحثية الرابعة بالتوثيق للكيفية التى تتأثر بها الترتيبات الأسرية التقليدية لدعم المسنين بفعل التحولات الاجتماعية والاقتصادية السريعة. فما الذى سيحل محل البنى الاجتماعية التقليدية التى كانت تضمن الرعاية للمسنين وللمعتلين عقليا من المسنين ، حيث تتعرض تلك البنى للتقويض بفعل التحولات الاجتماعية والاقتصادية ؟

هناك حاجة لأن تركز الأبحاث تحديد طبيعة ، ومدى ، وتأثير تقديم الرعاية بالنسبة لمقدمي الرعاية من أفراد الأسرة للمسنين المعتلين عقليا ، خصوصا أولئك المصابين بالخرف. وباعتبار ملاحظاتنا السابقة بأن الخرف لا يعتبر دائما من المشكلات الصحية الرئيسية بين سكان بعض الأمم ، فلابد من تعديل التركيز البحثى على تقديم الرعاية الأسرية بحيث يتوافق مع الاستجابات المحلية لأولئك السكان.

تناظر التوصيات البحثية الأخرى كثيرا من التوصيات المطروحة المتعلقة بالسياسات. وعلى سبيل المثال ، فلابد من إجراء البحوث لتقييم فعالية جماعات الدعم المقدمة للرعاية ، وبرامج التدريب على تقديم الرعاية الأسرية التى تعلم مقدمى الرعاية الذين يعتنون بالمسنين المصابين بالخرف كيف يتعاملون مع الاضطرابات السلوكية الصعبة المصاحبة لتطور أمراض الخرف. وتحتاج مثل هذه البرامج للتشكيل حسب الثقافة المحلية وحسب مدى توافر الموارد المالية. ويجب أيضا أن يتم البدء بتنفيذ تلك التدخلات الجديدة الواعدة .

الاستنتاجات

– تشهد بلدان أفريقيا، وآسيا، وأمريكا اللاتينية فى الوقت الحاضر ، وستستمر فى شهود ، زيادات كبيرة فى أعداد ونسب الأعضاء المسنين فى تركيبتها السكانية. وباعتبار أمراض الخرف العضوية مرتبطة بالتقدم فى العمر ، سيظهر عبء ثقيل من هذه الاضطرابات مع ارتفاع معدلات الإصابة بهذه الأمراض. وبالإضافة إلى ذلك ، يتعرض المسنون بصفة خاصة لخطر التحولات الاقتصادية – الاجتماعية الناجمة عن التصنيع والحداثة. وكثيرا ما يعانى المسنون نتيجة لانخفاض قيمة الأصول الزراعية ، وهجرة أفراد الأسرة الأصغر سنا من الريف إلى المدينة ، إضافة لتوافر فرص التعليم بالنسبة لأفراد الأسرة الأصغر سنا. ونتيجة لذلك ، فمن المرجح أن ترتفع معدلات انتشار الاضطرابات العقلية ، مثل الاكتئاب والقلق ، بين المسنين.

– لا تزال الأسرة تمثل المصدر الرئيسى لتقديم الرعاية المسنين فى أغلب بلدان العالم، وتتعرض للضغوط فى نفس الوقت الذى تزداد فيه أعداد المسنين بمعدلات غير

مسبوقة. ويؤثر كل من الهجرة ، وانخفاض معدلات المواليد ، وانهيار علاقات الراعى – العميل (patron-client relationships) ، ومشاركة المزيد من النساء فى القوى العاملة ، على قدرة أفراد الأسرة على تقديم الرعاية لأقربائهم المسنين. ويتعرض للخطر بصفة خاصة أولئك المسنون الذين يعتمدون على مقدمى الرعاية من النساء الفقيرات المسنات والوحيدات .

– يمكن أن يؤدى الاعتماد على الأنماط التقليدية (stereotypes) للمجتمعات الحديثة والتقليدية إلى توجهات خطيرة فيما يتعلق بالسياسات الصحية . وبافتراض أن الأسر فى بلدان أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية تمنح قدرا أكبر من الاحترام للمسنين ، وأنها أكثر ميلا لرعايتهم ، فقد يتم تقويض دور الدولة فى تنفيذ السياسات المفيدة. وعلى أية حال ، فباعتبار التحولات الديموجرافية ، والتغيرات الاجتماعية ، والثقافية ، والاقتصادية الحادثة ، هناك حاجة للتخطيط المعتنى لإ يجاد السياسات التى تقوى أنظمة الرعاية الصحية الحكومية وغير الحكومية .

– باعتبار أن كثيرا من بلدان أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية مثقلة بالأعباء الاقتصادية ، كما تواجه مشكلات اجتماعية وسياسية خطيرة أخرى ، فمن المستحب تطبيق السياسات المستهدفة غير المكلفة وتلك الشاملة. وتشمل البرامج والسياسات التى تهدف لمساعدة مقدمى الرعاية من أفراد الأسرة ، والتى يمكن أن تدعمها الحكومات ، مراكز الرعاية النهارية ، والمساعدة المنزلية ، وبرامج التوعية بالخرف ، والسياسات الإسكانية التى تشجع سكنى الأسر المتعددة الأجيال ، وتعزيز المزايا التى يرعاها أصحاب الأعمال والتى تحصل عليها الأسر الملتزمة برعاية الأقارب المسنين ، إضافة إلى الإعفاء من دفع ضريبة الدخل للأسر التى تتولى رعاية المسنين. وتشمل أمثلة السياسات التى تستهدف رعاية المسنين الذين لا أبناء لهم ولا مصدر آخر لتقديم الرعاية : التحويلات النقدية المباشرة لمصلحة أولئك المسنين الذين لا يستطيعون إعالة أنفسهم ، وتقديم الرعاية الحكومية من خلال دور الإقامة الجماعية للمسنين ، وخدمات الزواج لتشجيع الزواج للمرة الثانية أو ترسيخ علاقات الصداقة بين المسنين. ولا تزال السياسات الشاملة التى يفيد منها المسنون تصل إلى أولئك الذين يصيبهم الخرف. وعلى سبيل المثال ، تقدم المعاشات التقاعدية مصدرا مستمرا للدخل ، كما يمكن أن

تجدول فى مواجهة التضخم ؛ لذا يجب توسيع تغطيتها كلما أمكن ذلك. وختاما ، فلابد من تلبية الحاجات العقلية للمسنين ، كلما أمكن ذلك ، بصورة متزامنة مع تلبية احتياجاتهم البدنية. وقد تم تنفيذ جميع هذه الأفكار المتعلقة بالسياسات بنجاح فى بلدان مختلفة من العالم .

- يتوجب على الأبحاث المستقبلية ، فى صورتها المثلى ، أن تجيب على الأسئلة المهمة التالية :

- ما هى معدلات التفشى والانتشار للاضطرابات العقلية بين المسنين فى المناطق المختلفة من العالم ، وما هى المضامين التى تنطوى عليها الرعاية فى الثقافات المختلفة ؟

- ما الذى يمكن تعلمه من النماذج الناجحة لأنظمة الرعاية الحكومية (والتى يجب أن تكون مجتمعية الارتكاز فى صورتها المثالية) ، وما هو مدى فعاليتها بالنسبة للتكلفة ؟

- كيف يمكن أن تتأثر أنظمة الرعاية الأسرية غير الحكومية بالتحولات الاجتماعية والاقتصادية الجارية ؟

- كيف يمكن تعديل السياسات الشاملة بحيث يفيد منها المسنون المصابون بالخرف ؟

وستزداد أهمية الإجابة عن تلك الأسئلة فى وجود تلك الزيادة السريعة فى عدد المسنين فى العالم .

الهوامش

(١) المصدر : United Nations, 1991c.

(٢) المرجع السابق.

(٣) انظر Ikels, 1993.

(٤) المصدر : Jamison and Mosley, 1991.

(٥) المصدر : Gibson, 1992:89.

(٦) المصدر : United Nations, 1991c.

(٧) المصدر : Sugar et ae., 1991; Sugar et a1., 1992.

(٨) المصدر : Keith, 1985.

(٩) المصدر : Kinsella, 1992; Apt, 1990.

(١٠) المصدر : Goldstein and Beall, 1981.

(١١) المصدر : Kinsella, 1992.

(١٢) المصدر : Apt,1975.

(١٣) المصدر : Twumasi,1987.

(١٤) المصدر : Stern et al., 1984.

(١٥) المصدر : Henderson, 1993.

(١٦) المصدر : Yu et al., 1989.

(١٧) المصدر : Katzman,1993.

(١٨) المصدر : Neki, 1987a.

(١٩) المصدر : Makanjuola, 1985.

(٢٠) انظر، على سبيل المثال Carstairs (1983) and Fiske (1990),

(٢١) المصدر : Cohen,1992.

(٢٢) المصدر : Neki, 1987a.

(٢٣) المصدر : Makaniuola. 1985.

(٢٤) المصدر : Hollifield et al., 1990.

(٢٥) المصدر : Blay et al., 1991.

(٢٦) المرجع السابق: ٢٥٠

(٢٧) المصدر : Andrews et al., 1986.

(٢٨) المصدر : World Bank, 1993.

(٢٩) المصدر : Chen-I et al., 1985; Logue, 1990.

(٣٠) المصدر : Cowgill, 1974; Kendig et al., 1991; Phillips, 1990.

(٣١) المصدر : Sharma and Dak, 1987.

(٣٢) المصدر : Kendig et al., 1991; Martin, 1990; Neki, 1987b.

(٣٣) المصدر : Gibson, 1992.

(٣٤) المصدر : Nydegger, 1983.

(٣٥) المرجع السابق.

(٣٦) المصدر : Gibson, 1992.

(٣٧) المصدر : Manton et al., 1986.

(٣٨) المصدر : Cattell, 1990.

(٣٩) المصدر : United Nations, 1991c.

(٤٠) المصدر : Ogawa,1990.

(٤١) المصدر : Chultoo, 1990.

(٤٢) المصدر : Martin, 1988.

(٤٣) المصدر : Chen and Jones, 1989.

(٤٤) المصدر : Phillips, 1990.

(٤٥) المصدر : United Nations, 1991c.

(٤٦) المصدر : Gibson, 1992.

(٤٧) المصدر : World Bank, 1993a.

(٤٨) المصدر : Gibson, 1992; United Nations, 1991c.

(٤٩) المصدر : Gibson, 1992; Chappell, 1990.

(٥٠) المصدر : United Nations, 1991c.

(٥١) المصدر : Gibson, 1992.

(٥٢) المصدر : United Nations, 1991c:89.

(٥٣) المصدر : Gibson, 1992.

(٥٤) المصدر : United Nations, 1991c:93; Gibson, 1992:101.

(٥٥) المصدر : Sankar, 1990.

(٥٦) المصدر : Nyanguru,1987.

(٥٧) المصدر : Pons de O'Neill, 1986.

(٥٨) المصدر : Clarke, 1977.

(٥٩) المصدر : Nyanguru, 1987.

(٦٠) المصدر : Center for Social Development and Humanitarian Affairs, 1991

(٦١) المصدر : Ageways, 1987; Fang, 1987.

(٦٢) المصدر : Levkoff et al., 1988.

(٦٣) المصدر : Jliovici et al., 1990.

(٦٤) المصدر : United Nations, 1991c.

(٦٥) المرجع السابق.

الفصل العاشر

السلوك والصحة (Behavior and Health)

خلال أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين ، كان لاكتشاف العوامل المعدية النوعية (أى البكتيريا والطفيليات) المسببة للأمراض الحادة ، من الوقع ما شغل المجتمع الطبى لدرجة توارى معها عن الأنظار دور السلوك كوسيط (mediator) بين خطر الإصابة بالمرض ، وبين تعرض العائل (host exposure) لمصدر المرض. وأدت التحولات الديموجرافية لتجدد الاهتمام بالرابطة السلوكية بين خطر الإصابة وبين التعرض لمصدر المرض. وانتقلت الدول الصناعية من حقبة الوفاة نتيجة للطاعون (pes- tilence) والمجاعة (famine) ، إلى حقبة الاعتلال الناجم عن الأمراض التنكسية (degenerative diseases) والمراضة السلوكية. عندما كانت معدلات الوفيات مرتفعة للغاية وفترة الحياة المتوقعة عند الولادة منخفضة ، كان العامل المحدِّد للزيادة السكانية هو معدلات الوفيات. أما الآن ، فمع انخفاض معدلات الوفيات بصورة حادة (بلغت فترة الحياة المتوقعة عند الولادة ضعفى معدلاتها عند بداية القرن الحالى) ، أصبحت الخصوبة (fertility) هى الدالة الرئيسية على النمو السكانى(١) ، كما أصبحت الأمراض التنكسية (أمراض القلب ، والسكتة الدماغية ، والسرطان ، والخرف) تمثل المشكلات الرئيسية للصحة العامة(٢).

وعلى العكس من ذلك ، فلا تزال البلدان المنخفضة الدخل تعيش تحولا وبائيا مطولا ؛ يعانى المواطنون من عبء ثلاثى الأوجه للمراضة والوفيات نتيجة للأمراض المُعدية ، والأمراض التنكسية ، والمشكلات السلوكية (إدمان المخدرات ، والعنف ،إلخ.) . وبالإضافة إلى ذلك ، هناك فروق متزايدة الوضوح بين الوضع الصحى لكل من

الطبقات الاجتماعية العليا وتلك الدنيا فى الكثير من المجتمعات ؛ أى أن الوضع الصحى للطبقات العليا بدأ يشبه مثيله فى سكان البلدان الصناعية المتقدمة ، بينما تعانى الطبقات الدنيا من الأمراض المزمنة ، بالإضافة إلى العدوى والاحتشار بالطفيليات (infestation).

وللسلوك أهمية حيوية خلال تلك العمليات التحولية . ويلعب الأسلوب السلوكى للسكان دورا مهما فى تحديد ما إن كانوا سيبقون أصحاء أم أنهم سيقعون ضحايا للمرض ؛وإذا أصابهم المرض، ما إن كانوا سيتعافون أم لا ، وبأى سرعة. قد يبدو من الصعب تصديق ذلك ، باعتبار أن لكثير من الأمراض أسبابا محددة : الجينات، الجراثيم، السموم، الرضح الجسدى (physical trauma) ، إلخ. وبيت القصيد أن السلوك يحدد ما إن كان شخص بعينه معرض لأحد العوامل المسببة للمرض (مثلما يحدث فى حالة الأمراض المنقولة جنسيا) : وبالإضافة إلى ذلك ، فحتى إن وجد علاج فعال لهذا المرض ، فلابد علي المريض أن يقرر أن يطلب العلاج من المرض (كما يحدث خلال تلك الشهور الطويلة اللازمة لعلاج الدرن أو الجذام). وبذلك، يؤثر السلوك على خطر التعرض للإصابة بالمرض ، وعلى احتمال الشفاء من ذلك المرض.

قد يتساءل القارئ عن سبب اشتمال السلوكيات الصحية (health behaviors) فى تقرير عن الصحة العقلية ؟... وللإجابة عن هذه التساؤلات عدة أوجه ؛

أولا، تعد هذه السلوكيات من بين المحدِّدات (determinants) الرئيسية للصحة الجسدية، والعقلية ، والصحة العامة ؛ كما ترتبط هذه السلوكيات بصورة مباشرة بين مجال الصحة العقلية وبين الشعور العام بالعافية .

ثانيا ، توضح السلوكيات الصحية تلك الممارسات الوقائية والعلاجية العملية التى يمكن تطبيقها حتى فى أكثر المجتمعات فقرا. وهناك عدد من الأمثلة المؤثرة عن الكيفية التى يمكن بها للتحولات السلوكية أن تحسِّن من صحة المجتمع ككل .

ويظهر التأثير الجماعى للعوامل السلوكية على الصحة فى الاختلاف المذهل بين نسبة السكان من الذكور/الإناث فى بلدان أوروبا وأمريكا الشمالية ، مقابل مثيلاتها فى الهند ، والصين ، وشمال أفريقيا ، وجنوب وغرب آسيا. ففى أوروبا وأمريكا

الشمالية ، تبلغ هذه النسبة ١,٠٥ إلى ١ ؛ بينما تبلغ فى البلدان الأخرى التى تم ذكرها ٠,٩٤ إلى ١ أو أقل . وتشير حسابات أمارتيا سين (Sen) إلى أن هناك ١٠٠ مليون امرأة "مفقودة" إذا انطبقت نسبة ١,٠٥ على المناطق المختلفة من آسيا وشمال أفريقيا[٣]. وتتركز الفائدة البيولوجية من طول البقاء على قيد الحياة (longevity) فى أيدى الإناث ، لكن هذه الفائدة يتم تخطيها ، بل وعكسها، نتيجة للأفعال النابعة عن التحيز لمصلحة الذكور. وكما ذكرنا فى الفصل الثامن ، يعكس هذا الاختلاف ذلك التأثير الجماعى للتفرقة بين الجنسين فى : قتل الرضع (infanticide) والإجهاض؛ والتواصل التفاضلى (differential access) للتغذية ، والتعليم ، والرعاية الصحية ؛ وعدم تمكن النساء من التحكم فى وظائفهن التناسلية ؛ إضافة إلى افتقادهن للاستقلال الاقتصادى.

وفى جميع الحالات، يرتبط السلوك ارتباطا وثيقا بالشعور بالعافية . ويمكن منع وقوع قدر لا يستهان به من المعاناة السائدة فى عالم اليوم إذا أمكن تنفيذ تغييرات منهجية فى السلوك البشرى. ويوضح (شكل ١٠-١) نسبة الإعاقة المتعلقة بالسلوك فى عالم اليوم ، كما تم تعديلها من التقرير الصادر عام ١٩٩٣ عن البنك الدولى بخصوص سنوات العمر المعدلة بفعل الإعاقة. ويمكن تجنب حدوث نحو ثلث العبء الكلى للمرض بتطبيق التغييرات السلوكية ، والتى تشمل : تحسين الصحة العامة (التصحاح : sani-tation) ، وتوفير تغذية أفضل لمنع حدوث أمراض الإسهال (diarrheal diseases) ، وسوء التغذية ، والأعواز التغذوية ؛ والتحصين (immunization) للوقاية من أمراض الطفولة ؛ والوقاية من الدرن ومعالجته ؛ والوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا ؛ والحد من العنف ومن حوادث المركبات الآلية. وبيت القصيد هو أن السلوكيات التى تبدو مباشرة ، مثل غسل اليدين أو عدم غسلهما ، البدء بالتدخين أو الانقطاع عنه ، وتقرير ماذا نأكل وأين نأكل ، ومتى نمارس الجنس ومع من ولأى عدد من المرات ، وأن نعمل فى بيئة آمنة أم لا ، لها تأثير هائل على الصحة. وتُكبح جميع هذه السلوكيات نتيجة للفقر، والعجز، والمعتقدات .

عادة ما يُشار إلى السلوكيات التى لها تأثير على الصحة على أنها "نمط الحياة" (lifestyle). ويعنى هذا الاصطلاح ضمنا أن المرء "حُر" فى أن يختار أسلوبه الخاص ،

كما هو الحال بالنسبة لأنماط الملابس. وفى الحين الذى يمتلك فيه الأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقات الوسطى والعليا للمجتمع سبل اختيار بيئات منازلهم ، وجودة ونوعية الطعام الذى يتناولونه ، والخيارات الطبية التى ينتقونها للمعالجة من المرض ، تتقيد بشدة تلك الخيارات المتاحة لأولئك الذين يعيشون فى فقر مدقع نتيجة لمحدودية مواردهم ، بما فيها تقلص فرصهم التعليمية. ويضرب السلوك بجذوره عميقا فى السياقات الاجتماعية ، فالسلوك يتحدد نتيجة للفروق الاجتماعية ، كما أنه واقع تحت رحمة الموارد الاجتماعية ، لدرجة يتوجب معها اعتبار السلوكيات أمرا اجتماعيا بالدرجة الأولى ، وهى عرضة للاختلافات الفردية بصورة هامشية فقط .

تتحدد قدرة الناس على تقرير ما يفعلونه من أجل المحافظة على الصحة ومقاومة المرض نتيجة للموارد الاجتماعية المتاحة لهم. وتشمل تلك الموارد المعرفة المحلية ، وشبكات الاتصال ، وأنماط الفعل المقبولة ثقافيا ، مثل قدر الدخل الذى يمكن إنفاقه ، والتعليم ، والخدمات المتوافرة. وليس الأمر من السهولة بحيث تؤدى المعتقدات إلى الإقدام على سلوكيات بعينها ؛ فالسياقات المحلية تجعل بعض الخيارات الصحية متاحة بصورة أكبر لبعض فئات الأفراد ، وبصورة أقل لغيرهم. وتؤدى التوجهات الثقافية نحو الخطر (risk) والمعاناة ، والتى تتأثر بالاختلافات بين الجنسين ، وبين الطبقات ، والمجموعات العمرية ، وباختلاف الدين ، لخلق توقعات مختلفة فيما يتعلق بالصحة وبالرعاية الصحية. وخلال تفاعلهم مع المؤسسات الاجتماعية ، يطبق الناس أنماطا مختلفة من السلوك تجاه الصحة والمرض. وتحت ظروف التحول السريع إلى التصنيع ، على سبيل المثال، يمكن أن تسبب تغيرات القوت (diet) ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المخية الوعائية وبأمراض الشرايين التاجية. وفى مناطق أخرى من العالم ، تسهم الأنماط المشتركة (communal) لاستهلاك المياه فى الإصابة بالأمراض الناجمة عن الطفيليات .

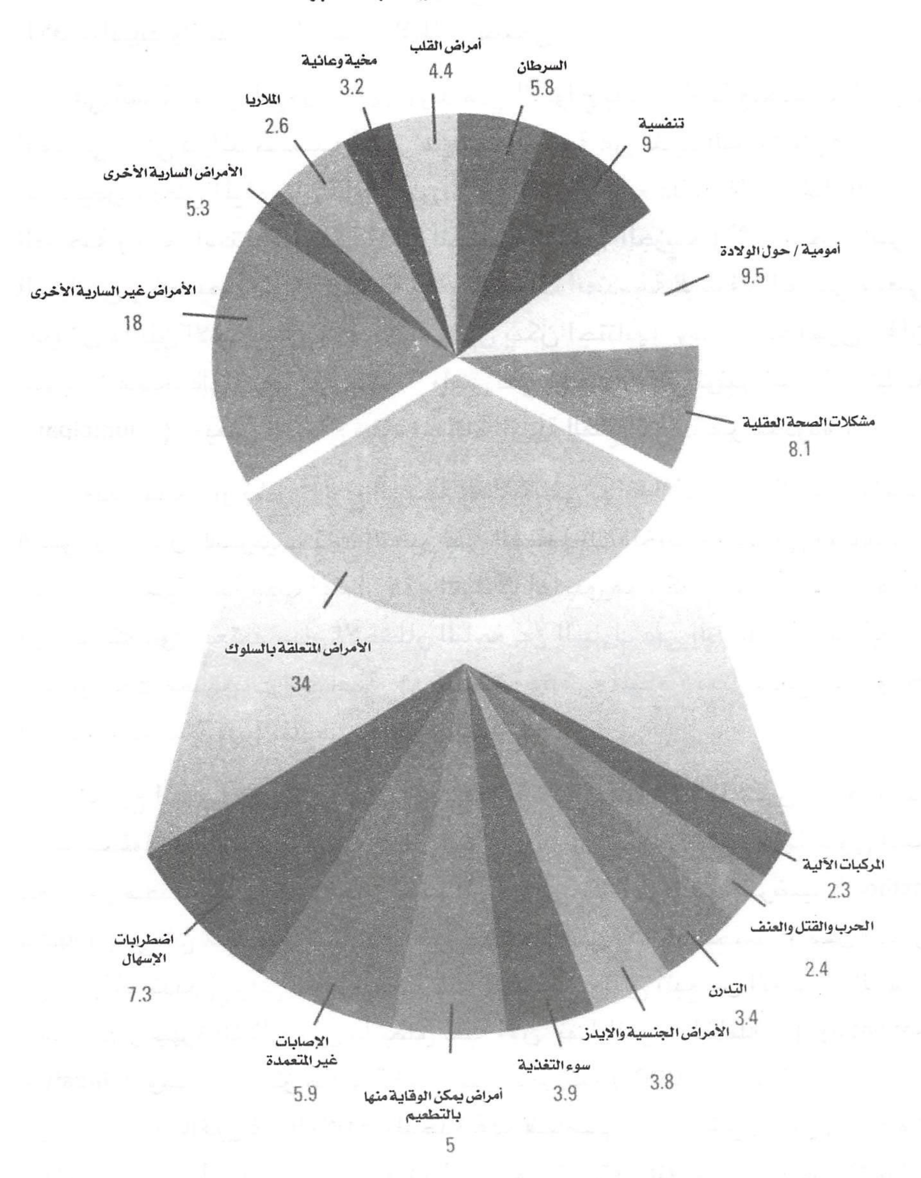
يمكن أن تعتمد بعض التدخلات السلوكية على نموذج كلاسيكى لتعديل السلوكيات ، كما يمكن أن تتخذ أخرى أشكالا طبية ، كما لو كانت التغيرات السلوكية مناظرة للأنماط العلاجية. وعلى الرغم من ذلك ، فلا يمكن معالجة أخطر المشكلات التى تم استعراضها فى هذا الكتاب بتلك الطريقة ؛ فهى تتطلب إطارا فريدا يجب أن تتركز فيه

التدخلات حول الاقتصاد السياسى والبنية الاجتماعية – بما فيها السياسات والاقتصاديات والإجراءات المتعلقة بالقطاع الصحى.

فى أبسط صور التدخل، يؤدى تزويد مدن الأكواخ بالمياه النقية وبخدمات الصرف الصحى ، إلى فوائد صحية أكبر من تلك الناتجة عن تعليم السكان كيفية بناء المراحيض ، وغلى المياه ، وغسل اليدين ، وما إلى ذلك. ومع ذلك ، فإن إغفال التوعية الصحية (برغم استهلاكها لكثير من الجهد وفعاليتها الجزئية) أثناء انتظار القرار السياسى بتخصيص الموارد اللازمة لبناء الخدمات الهندسية للصرف الصحى ، يعنى تعريض ملايين الأشخاص للإصابة بأمراض يمكن اجتنابها . ومن ناحية أخرى ، فإن التركيز فقط على توعية الضحايا – وليس على الإصرار على توفير الخدمات البلدية (municipal) – يعنى السماح ببقاء المعاناة القابلة للمنع لفترات غير محدودة .

يعتمد نجاح أو فشل برامج الصحة العالمية، فى نهاية الأمر، على السياق المحلى للسلوك. وتشمل السلوكيات ذات التأثير على الصحة تلك الخاصة بصانعى السياسات ومقدمى الرعاية ، لذا يجب اعتبار هذه السلوكيات بدورها ، كما يمكن أن تكون جزءا من المشكلة . وقد يعتمد مدى الاختطار الناجم عن السلوك على الظروف البيئية أيضا؛ فإذا ارتفعت مستويات المحافظة على الصحة وتنقية المياه ، يمثل تدنى مستويات النظافة الشخصية قدرا أقل من عوامل الخطر.

تتراوح السلوكيات التى تعرض الصحة للخطر بين تلك التى قد تكون شائعة برغم كونها محفوفة بالخطر (مثل عدم غسل اليدين) ، إلى تلك التى لا ينتهجها سوى قسم معين من مجتمع ما (مثل تدخين السجائر) ، إلى تلك التى تعتبر مرضية (-patho logical) فى أى مجتمع ويمارسها فيه عدد قليل من الأفراد فحسب (مثل السُكْر المزمن والمستديم). وهى تشمل أيضا تلك السلوكيات التى تنبع عن الانتشار الواسع للسيارات وأجهزة التلفاز : أى ما يطلق عليه الآن "نمط الحياة الخاملة " (sedentary lifestyle). وحسب مراكز مكافحة الأمراض الأمريكية (CDC) ، فقد قرر نحو ٦٠٪ من جمهور البالغين فى الولايات المتحدة عدم قيامهم سوى بالقليل – إن وجد– من الأنشطة البدنية الترويحية فى عام ١٩٩١، وهو ما يعتقد أنه يزيد من خطر الإصابة بالأمراض القلبية[٤].



شكل ١٠-١: الإعاقة المرتبطة بالسلوك (المصدر: معدلة من the World Bank, 1993).

تدخين السجائر: من عوامل الاختطار السلوكية للوفاة

يمثل تدخين السجائر أحد عوامل الخطر الصحية فى جميع المجتمعات . ويتعرض غير المدخنين للخطر بدورهم إذا تشاركوا فى نفس البيئة الداخلية (indoor environment) مع المدخنين ، نتيجة للتأثيرات الضارة للاستنشاق السلبى للدخان. وعلى الرغم من أن هذا السلوك كثيرا ما يعد ممثلا لاختيار طوعى (يجادل البعض بأنه ليس هناك من "يُجبر" على البدء بالتدخين ، وأن الجميع "حر" فى الإقلاع عنه فى أى وقت شاء) ، فالموقف الفعلى أكثر تعقيدا من ذلك بكثير .يعد مستوى التعليم والطبقة الاجتماعية للمرء من الدالات القوية للتنبؤ باحتمال أن يقدم المرء على التدخين ، فترتبط زيادة سنوات الدراسة ، وارتفاع الدخل والطبقة الاجتماعية – بصورة عكسية – باحتمال أن يصبح المرء من المدخنين. ويتعرض جميع المواطنين لحملات متواصلة من الدعاية الإعلامية ، ونظرا لأن سن المراهقة هو أفضل وقت لاكتساب العادات الاجتماعية الجديدة ، تستهدف شركات صناعة السجائر الشباب فى حملاتها الدعائية. وعلى سبيل المثال ، أظهر "الجمل جو" (Joe Camel) ، وهو الشعار الكارتونى لسجائر Camel ، نسبة عالية للتعرف عليه بين طلاب المدارس الأساسية العامة فى الولايات المتحدة ، والذين تتراوح أعمارهم بين ١٢– ١٩ سنة[٥]. وتتسم إعلانات السجائر بوجودها الملح فى كل وقت ومكان. ونظرا لأن التبغ يعد من مصادر العملة الصعبة، تدعم الحكومات على اختلاف نزعاتها وتوجهاتها إنتاج الطباق وتصنيع السجائر.

يظهر الجدول ١٠–١، والذى يقارن بين معدلات الوفيات بين غير المدخنين، والمدخنين السابقين، والمدخنين المستمرين فى التدخين – فى دراسة شملت ٤٠.٠٠٠ طبيب بريطانى تمت متابعتهم لمدة أربعين عاما ، كيف أن تدخين السجائر مدمر للصحة[٦]. ويتم بوضوح إظهار فوائد الإقلاع عن التدخين ومخاطر الاستمرار فى التدخين . وعلى الرغم من ذلك، يبقى التدخين فى مواجهة الأدلة الطاغية على النتائج البعيدة المدى المميتة المتعلقة به .ويقدر بيتو (Peto) وزملاؤه أن ٢٠٪ من جميع الوفيات فى الدول الصناعية يمكن عزوها إلى التدخين[٧]. ويعد الطباق مسئولا حاليا فى جميع أنحاء العالم عن ٣ ملايين وفاة مبكرة (premature) سنويا ، وهو رقم

سيرتفع إلى عشرة ملايين بحلول عام ٢٠٢٥ إذا استمرت الاتجاهات الحالية. ويستمر معدل الاستهلاك الفردى للطباق فى الارتفاع فى كثير من البلدان ، ومن المتوقع أن يزداد بنسبة ١٢٪ خلال عقد التسعينات. وليست المشكلة مجرد أمر متعلق بالجهل ، فبرغم أن الأطباء فى بريطانيا والولايات المتحدة قد قللوا بصورة حادة من معدلات تدخينهم كاستجابة لتلك الحقائق ، يستمر الأطباء فى بقية أنحاء العالم فى التدخين بمعدلات مرتفعة. ومن الواضح أن تغيير السلوكيات يستلزم أكثر من مجرد توفير المعلومات .

وبذلك ، تحتشد القوى المؤثرة لتزيد من احتمال إقدام الناس على التدخين ؛ ويزداد نجاح الحملات الدعائية بين أولئك الذين يملكون قدرا أقل من المصادر المستقلة للمعلومات ، وأولئك الذين يتعرضون لضغوط اجتماعية هائلة . وتصمم إعلانات السجائر بحيث تغرى الصغار فى مرحلة المراهقة وما قبلها على البدء بتجربة التدخين. وبتصويره للتدخين كرمز للرجال الأقوياء المتمتعين بالفحولة الجنسية وللنساء الذكيات اللامعات ، لا يمكن مقاومة الإغراء بالنسبة للمراهقين الذين لم تتحدد هويتهم الشخصية بعد.

جدول ١٠-١: أسباب الوفيات المتعلقة بالتدخين بين الأطباء البريطانيين الذكور (لكل ١٠٠,٠٠٠ سنويا)

أسباب الوفيات	غير المدخنين	المدخنون السابقون	المدخنون الحاليون	> ٢٥ سيجارة	> ٢٥ سيجارة/ غير مدخن
أمراض القلب الإقفارية	٥٥٣	٦٦١	٨٧٠	٩٩٩	X ١,٨
الأمراض المخية الوعائية	٢٤٩	٢٧٣	٣٧١	٤٤١	X ١,٨
الأمراض القلبية الأخرى	٢٠١	٢٢١	٣١٠	٤٠٢	X ٢,٥
الالتهاب الرئوى	٧٣	٨٧	١٣٤	١٦١	X ٢,٢
سرطان الرئة	١٤	٥٨	٢٠٥	٢٤٧	X ٢٤,٨
أمراض الرئة الانسدادية المزمنة	١٠	٥٦	١٢٤	٢١٨	X ٢٢,٠

المصدر : معدل من .Sharp, 1993:486

وبمجرد اكتساب عادة التدخين ، تجعل الخصائص الإدمانية للنيكوتين (nicotine) (والذى يصنف حاليا كأحد المواد المعدلة للحالة النفسية) ، من الصعب على المدخن أن يقلع نظرا للآثار الجانبية التى يسببها انسحاب (withdrawal) النيكوتين.

فى تقرير نشر عام ١٩٩٤ عن تدخين الطباق بين الشباب ، يقرر كبير الأطباء الأمريكيين (Surgeon General) أن نحو نصف حالات استخدام الطباق لأول مرة تحدث قبل التخرج من المدرسة الثانوية ؛ فإذا أمكن إبعاد المراهقين عن التدخين حتى تخطى تلك المرحلة، فلن يبدأ أغلبهم التدخين على الإطلاق[٨]. ويلاحظ تقرير كبير الأطباء أن الجهود التى تشمل جميع قطاعات المجتمع ، بما فيها زيادة الضرائب المفروضة على الطباق ، وتعزيز سبل الحد من توافر السجائر للصغار ، والحملات الإعلامية الموجهة للشباب ، وبرامج الوقاية المدرسية ، كانت ناجحة فى الحد من تعاطى الطباق. وبذلك ، فمن الصعب اعتبار قرار البدء بالتدخين وقرار الاستمرار به قرارا "حرا" ؛ إذ يتخذ ذلك القرار تحت ضغط معوقات قوية. وفى الوقت نفسه ، تنتج الحقيقة الجديرة بالملاحظة لأن ٥٠ مليون أمريكى قد نجحوا فى الإقلاع عن التدخين ، عن تحولات أساسية فى الممارسات الثقافية[٩].

السلوكيات المتعلقة بتناول الطعام

تتشكل نوعية وكمية ما نأكله ، والوقت والكيفية التى نتناول بها الطعام ، بفعل القوى الاجتماعية. ويعتمد تناول الطعام (eating) على توافر الطعام ، وعلى الممارسات المطبخية (culinary) لمجتمع بعينه ، وعلى المعتقدات المحلية فيما يتعلق بالقيمة الغذائية للطعام، وعلى الاختيار الشخصى. وفى أوقات المجاعة ، يختفى الاختيار ؛ فلا يبقى هناك سوى بحث لا ينقطع عن الطعام من أى نوع. وكما أوضح دريز (Dreze) وسين (Sen) ، فنادرا ما تنتج المجاعات عن فشل المحاصيل وحده ، بل إنها تعود إلى سياسات توزيع الطعام[١٠]. وتحت الظروف الاعتيادية ، يحدد الدخل مدى توافر الطعام ؛ فالفقير لا يمكنه سوى استهلاك أقل الأطعمة سعرا ، والتى كثيرا ما تكون أقل الأطعمة فى القيمة الغذائية. وحتى عندما تكون الأطعمة المغذية متوافرة

بصورة كامنة (الأسماك فى المحيطات ، على سبيل المثال) ، فقد تتعرض للازدراء من قبل مجتمع بعينه ؛ ومن ناحية أخرى ، يمكن أن يؤكل نوع آخر من الطعام حتى ولو كان مصحوبا ببعض المخاطر الصحية لبعض أفراد المجتمع (مثل تناول الفول [fava beans] من قبل أولئك الذين يتسبب ذلك فى تحطيم كرات الدم الحمراء لديهم). ويمكن أن يصبح الطعام المأكول عند نضجه ساما قبل اكتمال نضجه (مثل المنيهوت : cassava) ، لكنه يستخدم كغذاء برغم ذلك عندما يشح الغذاء.

يخضع فعل تناول الطعام لسيطرة اجتماعية قوية ، فتمتلك العديد من المجتمعات قائمة بالمحظورات الغذائية الصارمة ذات التأثيرات الصحية المهمة. وهناك بعض الأطعمة المتعارف على أنها غير ملائمة للأطفال أو النساء غير المتزوجات ، لكنها قد تعتبر ضرورية بالنسبة للرجال. وللعمر الذى يتم فيه إضافة الأغذية الصلبة التكميلية (supplementary) لغذاء الرضع تأثيرات صحية مهمة ، ويختلف ما يمكن اعتباره من الأغذية التكميلية الملائمة باختلاف المجموعة السكانية ، ويمكن تغييره للتوافق مع الممارسات التغذوية العلمية بإتاحة فرصة التوعية للنساء بطريقة تقلل من الاصطدام بالمعتقدات المحلية إلى الحد الأدنى. وأثناء توزيع الطعام على مختلف أفراد الأسرة، تقوم النساء فى ريف بنجلادش بتخصيص قدر أكبر من السعرات للأبناء الذكور من دون الإناث ؛ وفى بيئة تتسم فيها التغذية فى المناطق الريفية بالهامشية ، تؤدى تلك الاختلافات إلى معدلات أعلى لإصابة الإناث بسوء التغذية[11]. وعندما يندر وجود الطعام، تفضل الأمهات فى جميع أنحاء العالم تقديم الطعام لأبنائهن الفعليين عوضا عن أبنائهن بالتبنى ، مما يمثل مشكلة متزايدة الحدة فى أفريقيا ، باعتبار العدد الهائل للأيتام الذين توفى والديهم نتيجة للإصابة بمرض الإيدز.

ومع التحول إلى الحداثة ، كثيرا ما تطغى الأطعمة المستوردة على تلك التقليدية. وبذلك ، يصبح الأرز الأبيض المصقول (polished) ، والذى يعرف بكونه حديثا و"مُكررا" ، مفضلا عن الأرز البنى ذى القشرة الخارجية السليمة ؛ والنتيجة هى حدوث عوز الثيامين (thiamin deficiency). ومثلما يمكن أن تصبح السمات البيولوجية الموروثة التى يمكن أن تكون مفيدة (أو على الأقل حيادية) بالنسبة للبقاء على قيد الحياة فى إحدى البيئات ، سلبية تماما فى بيئة أخرى ، يمكن للعادات الغذائية بدورها أن تصبح

ضارة عند انتقالها من منطقة جغرافية لأخرى . ويعانى المهاجرون الباكستانيون فى إنجلترا من الرخد (الكُساح : rickets) ، وهو مرض تم استئصاله تقريبا من أغلب الشعب البريطانى ؛ فالقوت (diet) الباكستانى التقليدى يستخدم الجية (ghee) (أى الزبدة المذابة) بدلا من زبدة المائدة المعتادة ، وتؤدى عملية الإذابة (rendering) إلى تحطيم محتوى الزبدة من الفيتامين "د" ، وليس لهذه الممارسات تأثير على الصحة فى باكستان ذاتها، حيث يقوم ضوء الشمس بتحويل سليفات (precursors) الفيتامين "د" الموجودة فى الجلد البشرى إلى الفيتامين "د". وعندما يقل التعرض لأشعة الشمس بصورة حادة نتيجة للسحب والضباب التى تغلف أجواء المدن البريطانية الصناعية على الدوام، يتم إلغاء وجود هذا المصدر البديل للفيتامين "د". ويظهر الرخد فى أولئك الذين لا يتناولون كميات كافية من الفيتامين "د"[١٢].

من بين أوجه السلوك المتعلقة بتناول الطعام ذات العلاقة الرئيسية بالإصابة بالمرض فى جميع أنحاء العالم، نجد الزيادة – أى الزيادة المفرطة– فى استهلاك الدهون الحيوانية. وتعد الأمراض القلبية الوعائية (CVD) أكبر أسباب الوفيات فى البلدان الصناعية ، كما تعد عاملا متزايد الخطر للوفيات فى بقية بلدان العالم . وأدى الاقتران بين فرط استهلاك الدهون الحيوانية والملح فى القوت، وعدم ممارسة الرياضة بصورة كافية، والتدخين، وهى سلوكيات يستمر انتهاجها فى بلدان شرق أوروبا، إلى ارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض القلب الوعائية ، فى الحين الذى انخفضت هذه المعدلات بنسبة ٣٠٪ فى أمريكا الشمالية[١٣]. وكانت هناك زيادة مستمرة فى معدلات شحوم الدم (blood lipids) فى أوروبا الشرقية ، مع انخفاض تلك المعدلات فى أمريكا الشمالية ، حيث نجحت حملات الصحة العامة فى تقليل معدلات استهلاك الدهون ، وزيادة ممارسة الرياضة ، وتقليل تدخين السجائر، وزيادة معدلات معالجة ارتفاع ضغط الدم (hypertension)[١٤]. وفى حين تقف الكثير من البلدان الصناعية على شفير الإصابة الوبائية بالأمراض القلبية الوعائية ، يمكن للسياسات العمومية التى تشجع تناول الحبوب بدلا من اللحوم ، وتثبط التدخين فى حين تشجع ممارسة الرياضة، والتى تزيد من إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية ، أن تبطئ

بصـورة فعالة من الزيادة الملحوظة حاليـا فى معدلات الوفيات الناجمـة عن الإصـابة بالأمراض القلبية الوعائية .

يمكن أن يكـون الـقـوت (diet) مـلائمـا مـن حيث محتواه من السعرات الحرارية (calories) ، والبروتينات، ونسبة الكربوهيدرات إلى الدهون، لكنه يبقى معوزا (defi- deficient) من حيث مـحـتـواه من المـغـذيات الدقـيـقـة (micronutrients) مـثل اليـود ، والحديد ، والفيتـامين "أ". ويمكن أن يؤدى نقص اليود للإصـابة بالدراق (تضخم الغدة الدرقية: goiter) ، أو الإجهاض فى النسـاء ، أو ولادة الجنين ميتا (stillbirth) ، أو الفدامة (cretinism) ، وللتخلف العقلى فى أبناء المصابين به. وتنتشر الإصـابة بنقص اليود فى بلدان آسيا، وأفريقيا، وبعض البلدان الأوروبية حيث تؤدى الأمطار الغزيرة والسيول إلى استنزاف محتوى التربة من هذا العنصر. ويمكن منع وقوع المشكلات الإكلينيكية الناجمة عن نقص اليود بصورة تامة بإضافة اليود إلى الطعام. وتشمل البدائل بالنسبة لسكان المناطق الريفية الحقن على فترات متباعدة بالمستحضرات الزيتية المحتوية على اليود ، أو تناول حبوب يوديد البوتاسيوم، أو كبسولات اليود[١٥]. ويسبب نقص محتوى الطعام من الفيتامين "أ" عمى (blindness) مستديما ، كما يزيد من القابلية للإصابة بالعداوى ، وفقر الدم ، وإلى تأخر النمو فى الأطفال[١٦]. ويمكن بتكلفة زهيدة (أقل من ٠,٠٢ دولار أمـريكى للكبسـولة الواحـدة) ، توزيع الفـيـتـامين "أ" على الأطفـال الذين يتناولون قـوتا فقيرا فى الخضروات المورقة ، والفواكه ذات اللون الأصـفر، ومنتجات الألبـان . ويعد نقص الحـديد أكثر اضطرابات المـغذيات الدقـيقـة شيوعا ، وهو أكثر شـيوعا فى النسـاء عنه فى الرجـال ؛ نتيـجـة لفقـدانهن لكميـات من الدم (ومن ثم ، فقدانهن للحديد) عبر الطمث والولادة ؛ ويزيد فقر دم نقص الحديد (iron deficiency anemia) من خطر الوفـاة نتـيـجة للنزيف المصـاحب للولادة. ويرتبط نقص الحديد فى الأطفـال مع انخـفـاض القـدرة على التـعلم[١٧]. ويمكن أن يؤدى توزيع حـبـوب سلفـات الحديدوز (ferrous sulfate) إلى الوقاية من الإصـابة بفقر دم نقص الحديد ، وعلاجه إن حدث بالفعل.

وعلـى العكـس من ذلك ، يمكن إضـافـة الحـديد إلى الحليب المسـحـوق ، وإلى الدقيق (الطحين) وغيرهمـا من الأطعمـة. ولسوء الحظ ، لا يتم التعرف على الارتبـاط

بين الأمراض الناجمة عن نقص المغذيات الدقيقة وبين أسبابها التغذوية فى الكثير من المجتمعات "التقليدية". وهنا تصبح التوعية الجماهيرية ضرورية كأحد مكونات حملات الوقاية من هذه الاضطرابات ز وفى بعض الأحيان، يمكن أن تكون للتغيرات القوتية الطفيفة فوائد صحية جمة (انظر إطار ١٠-١).

النظافة الشخصية (Personal Hygiene)

للممارسات الصحية (hygienic practices) بدورها تأثيرات صحية هائلة . وهناك ما يزيد على مليار نسمة فى البلدان المنخفضة الدخل يعيشون بدون الحصول على المياه النقية للشرب ، كما أن هناك نحو ضعف هذا العدد ممن يفتقرون إلى وسائل الصرف الصحى الملائمة[١٠]. ويبقى هذا الوضع برغم أن منظمة الصحة العالمية كانت تعتبر الثمانينات "عقدا دوليا لإمدادات مياه الشرب والصرف الصحى. "وليس من المرجح أن يتغير هذا الوضع فى المستقبل القريب ، نظرا للإمكانيات الهائلة اللازمة لتنفيذه. ولذلك، يعد التركيز على السلوكيات الصحية للاغتسال، والصرف الصحى، والشرب، أمرا حيويا من أجل صحة عامة جيدة.

تتأثر النساء والأطفال بصورة خاصة بنقص المياه. ويتطلب جلب المياه إلى المنزل من أماكن بعيدة ، وهى مهمة خاصة بالنساء ، إنفاق الكثير من الوقت والجهد. ونظرا لتلوث المياه المتوافرة للاستخدام المنزلى ، تعد أمراض الإسهال ثالث أكبر أسباب الإمراض فى الأطفال دون الخامسة[٢٠]. وبرغم أن الأسباب المباشرة للإسهال تتمثل فى ابتلاع البكتريا أو الفيروسات التى تتكاثر فى الأمعاء وتسبب فَقد السوائل ، تشمل الأسباب التقريبية التعرض للمياه ، والأطعمة ، والمواد غير المأكولة الملوثة التى يضعها الطفل فى فمه أو يبتلعها. وتشمل الأسباب غير المباشرة للإسهال ، الإصابة بالحصبة ، والعداوى التنفسية ، وسوء التغذية ، والتى تقوم بصورة منفردة أو مجتمعة ، بزيادة معدلات المراضة والوفيات نتيجة للإسهال ؛ ومن ناحية أخرى ، تؤدى العداوى والإسهال إلى تفاقم سوء التغذية الموجود أصلا. وعلى ذلك ، تشمل جهود المحافظة على صحة

الطفل، التطعيم ، والمعالجة الفورية للعداوى التنفسية ، والإجراءات اللازمة للوقاية من الإسهال ومعالجته[٢١]. ويعد سلوك ولى الأمر (caretaker) ، سواء من حيث إطعام الطفل والإشراف على البيئة المحيطة به مباشرة ، من الروابط الرئيسية فى سلسلة الأحداث المتلاحقة. وكلما زاد عدد سنوات التعليم التى حصلت عليها الأم ، انخفض خطر وفاة الطفل نتيجة للإسهال وغيره من الأمراض[٢٢]. ويمكن أن يؤدى زيادة تعليم الأمهات إلى ازدياد معدلات بقاء الأطفال على قيد الحياة نتيجة للآليات التالية[٢٣]. فالأمهات اللاتى يتلقين قدرا أكبر من التعليم يتزوجن لاحقا ، وينجبن أول أطفالهن فى مرحلة متأخرة ، لذا ينجبن عددا أقل من الأطفال ؛ لذلك يموت عدد قليل للغاية منهن أثناء الولادة ، ولذلك فهن أقل احتمالا لأن يخلفن وراءهن أطفالا يتامى ؛ ويمكن أن يؤدى حجم هذا التأثير فى البلدان المنخفضة الدخل، حيث ترتفع معدلات وفيات الأمهات ، إلى تقليل خطر تعرض الأبناء لليُتم إلى خمس ما هو عليه بين الأمهات غير المتعلمات .

إطار ١٠-١ : تقليل وفيات الأطفال وحالات الالتهاب الرئوى فى نيبال

يمكن أن تقلل ممارسات الرعاية الأولية المنخفضة التكاليف ، من معدلات المراضة والوفيات حتى فى أقل المناطق تقبلا للخدمات المقدمة. ومن بين هذه المناطق ، نجد جوملا (Jumla) ، وهى واحدة من أبعد مناطق نيبال وأكثرها وعورة ، مع وجود عدد قليل من وسائل الراحة الحديثة ، وأهم من ذلك كله ، أنها لا تعرف الكهرباء. وتنخفض معدلات القدرة على القراءة والكتابة ، حيث لا يوجد سوى رجل من بين كل ثلاثة رجال ، وامرأة واحدة بين كل عشرين امرأة ، ممن يستطيعون القراءة والكتابة. وتتسم جوملا ، بالإضافة إلى ما سبق ، بشتاء طويل جاف ، وفصل قصير للحصاد ، مما يؤدى لارتفاع معدلات الإصابة بسوء التغذية. وفيما عدا مركز إدارى صغير ، لم تكن هناك أية مؤسسات للرعاية الصحية الحديثة قبل عام ١٩٨٦ . وفى ذلك الوقت ، كانت معدلات وفيات الأطفال مرتفعة بصورة غير طبيعية ، حيث كان يموت نحو طفل من بين كل خمسة أطفال قبل بلوغ نهاية السنة الأولى من العمر ، كما كان يموت نحو طفل من بين كل ثلاثة أطفال قبل بلوغ سن الخامسة. كان الالتهاب الرئوى والإسهال أكبر أسباب وفيات الأطفال خلال تلك الفترة.

فى عـام ١٩٨٦، بدأ مـشـروع "الموارد من أجل صـحـة الطفل" (REACH) برنامـجـا مرحليا منخفض التكاليف للتقليل من معدلات وفيات الأطفال . وركزت المرحلة الأولى – بين عامى ١٩٨٦ و١٩٨٩– بصـورة كاملة على اكتشـاف الالتهاب الرئوى ومعالجتـه فى أطفال جومـلا الذين تبلغ أعمـارهم الخـامسـة أو أقل ، والذين يزيد عـددهـم على ١٢.٠٠٠ . وتم اختيار ٨٠ من العاملين الصـحيين على أساس السمعة المجتمعية ، والرغبة فى – والقدرة على – السير إلى جميع المنازل الواقعة ضـمن منطقة خدمته ، وامتلاك المهارات الأسـاسية للقراءة والكتابة. وتلقى هؤلاء تدريبا لمدة تسعة أيام على المعالجة المعيارية لحالات الالتهاب الرئوى ، وعلى القيام بزيارات إشرافية كل أسبوعين ، كما تم تعليمـهم كيفية التوصل إلى تشـخيـص مبدئى للالتهاب الرئوى بناء على انجذاب (indrawing) الصدر أثناء التنفس ، أو معدل تنفس قدره ٥٠ نفسـا فى الدقيقة أو أكثر فى الأطفال حتى سن الخـامسة ، كما تم تدريبهم أيضا على معالجة جميع الأطفال الذين يتم تشـخيصـهم بشـراب الكوتريمكسـازول (cotrimoxazole syrup). وأخـيرا ، فـقـد تم إرشـادهم لكيفـيـة تعبئـة بيانات السـجـلات الأسـاسـيـة ، ولكـيـفـيـة تـوعيـة الأمـهات بـخصـوص عـلامـات (signs) الالتـهاب الرئوى المنذرة بالخطر.

قام كل من العـاملين الصـحيين بزيارة جميع المنازل فى منطقته ، والبالغ عددها ١٦٠ منزلا ، مرة على الأقل كل أسبوعين. وخـلال تلك الزيارات ، كانوا يقومون بتوعية الأمـهات وبفحص الأطفـال دون الخامسة بحثا عن علامـات الالتهاب الرئوى. وفى حـالة تشـخيص أحد الأطفـال للإصـابة بالالتـهـاب الرئوى ، يتم تزويد الأم بتـمـوين يكفى لخـمـسـة أيام من الكوتريمكسـازول ، ويتم تعليمها كيفية تقديم الشراب لطفلها ، وكان العامل الصحى يتابع كل من الأطفـال المرضـى بعد يومين ثم عنـد نهاية المقرر العلاجى. وفى الأحوال النادرة التى لا يستجـيب فيـها الطـفل للعلاج بالكـوتريمكسـازول ، يتـم إعطـاؤه عقـار الكلورأمفنيكـول (chloramphenicol) بالفم.

تم إنشـاء جـهاز منفصل لتجميع البيانات ، مع عـاملين ومشرفين مـختلفين ، من أجل تقـييم مـعدلات الوفـيـات . وبحلول عـام ١٩٨٩، وهو العـام الثـالث فى عـمـر المشـروع، قللت خدمـات مـعالجة حـالات الالتهاب الرئوى من المعدلات الكلية لوفيـات الأطفال بنسبة ٢٨٪ ، وتمـت مـلاحظـة هذا الانـخـفـاض ليس فـقط فى الوفـيـات النوعـيـة للالتـهـاب الرئوى (pneumonia-specific) (والتى انخفضت بنسبة ٣٠٪) ، بل وفى الوفيات التى تم عزوها لأسباب أخرى عديدة ، وخصوصا الحصبة والإسهال.

فى عام ١٩٨٩، بدأ المشروع REACH المرحلة الثانية للبرنامج – وهى مرحلة إضافة الفيتامين "أ"– مع وجود نفس الهدف الرئيس وهو تقليل وفيات الأطفال. وفى كل قرية، كان يتم تجميع جميع الأطفال الذين تبلغ أعمارهم الخامسة أو أقل من ذلك فى عام ١٩٨٩، قام برنامج REACH بتنفيذ المرحلة الثانية للمشروع – وهى إضافة الفيتامين "أ"– بنفس الهدف الأساسى لتقليل وفيات الأطفال. وفى جميع القرى التى شملها المشروع ، كان يتم تجميع كل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن الخامسة ، فى اليوم نفسه . وكان مشرفو البرنامج يقومون عندئذ بإعطاء كل طفل جرعة عالية من كبسولات الفيتامين"أ"، كما كانت هذه الجرعة تكرر كل خمسة شهور. وكان يتم تنظيم إعطاء إضافات (supplementations) الفيتامين "أ" فى دورتين إكلينيكيتين. وكان يتم مقارنة المجتمعات التى تتلقى الإضافات خلال الدورة الأولى بقرى ذات معدلات متقاربة لوفيات الأطفال قبل إضافة الفيتامين "أ". وفى الشهور الخمسة الأولى ، كانت معدلات وفيات الأطفال تقل بنسبة ٢٦٪ فى تلك القرى التى تلقت إضافات الفيتامين "أ" . وبالنسبة للمجموعات العمرية، بلغ الانخفاض أقصاه فى الأطفال بين عمر ٦ أشهر– ١٢ شهرا ، حيث انخفض خطر تعرضهم للوفاة بنسبة النصف.أما بالنسبة لسبب الوفاة ، حدث أقصى انخفاض فى تلك الوفيات الناجمة عن الإسهال ، والتى انخفضت معدلاتها بنسبة الثلث. وانخفضت معدلات المراضة (morbidity) بصورة كبيرة بدورها : فقد أظهرت المجتمعات التى تلقت جرعات مبكرة من الفيتامين "أ" معدلات أقل بنسبة ٣٢٪ للإصابة بالالتهاب الرئوى، وكان ذلك تأثير جرعة واحدة من الفيتامين "أ". وعند كتابة هذه السطور، كانت خدمات معالجة حالات الالتهاب الرئوى وإضافة الفيتامين "أ" مستمرة فى عملها فى جميع أرجاء مقاطعة جوملا. وتم المحافظة على الانخفاض الملحوظ الذى تم تحقيقه فى معدلات الوفيات – والذى ذكرناه للتو، كما يتم تعزيزه بمجموعة من الخدمات التكميلية الموجهة نحو المعالجة المبكرة لحالات الإسهال فى الأطفال ، ولتنشيط سبل دعم خدمات التطعيم الحكومية .

تم عزو النجاح المستمر لخدمات الرعاية الصحية الأولية فى جوملا لأسباب عديدة : أولا ، أدت الخدمات الأولية التى تم تقديمها – وهى معالجة حالات الالتهاب الرئوى – للحصول على نتائج سريعة ، بحيث اكتسب العمال الصحيون المجتمعيون قدرا كبيرا من المصداقية والسلطة فى القرى التى يعملون بها. وقد جعل ذلك من السهولة بمكان تقديم برامج وإجراءات جديدة كان من الممكن أن تكون أقل مصداقية ، أو أن تعطى نتائج أقل سرعة. ثانيا ، تمنع المقاربة المرحلية ازدياد العبء الملقى على كاهل العاملين الصحيين ، مما يتيح لهم أن يكونوا مقدمين للرعاية أكثر فعالية. وكان يتم – ولا يزال – تعضيد فعالية العاملين

الصحيين بالتدريب والإشراف الملائمين ، وباعتماد المعايير التشخيصية والأنماط العلاجية البسيطة. وأخيرا، تتيح التكلفة المنخفضة لتلك البرامج إمكانية تنفيذها بسهولة بقليل من الدعم المادى. كانت التكلفة الإجمالية لمشروع معالجة الالتهاب الرئوى لكل طفل تمت تغطيته بخدمات البرنامج (بما فيها رواتب العاملين المجتمعيين، والتكاليف الإشرافية والإدارية، وتكاليف شراء المضادات الحيوية) أقل من أربعة دولارات أمريكية سنويا. وبالمثل ، فقد تكلف التأثير الهائل لإضافات الفيتامين "أ" على وفيات الأطفال فى جوملا ، نحو ١١ دولارا لكل حياة تم إنقاذها من الموت(١٨).

وتكون الأمهات المتعلمات أكثر احتمالا لتلقى الرعاية قبل الولادة (prenatal care) ، وللحقن بذيفان التيتانوس (tetanus toxoid) قبل الولادة ، ولأن تتوافر لديهن قابلات مدربات عندما يحين موعد الولادة. ولذلك ، تنخفض معدلات المراضة والوفيات حول الولادة (perinatal). كما يتعرض أبناؤهن لخطر أقل للإصابة بالإسهال ، كما يكونون أكثر احتمالا لتلقى العلاج الملائم إذا أصيبوا به بالفعل ، نظرا لأن الأمهات المتعلمات يكن أكثر استجابة للممارسات الصحية الحديثة ، كما يكن أكثر احتمالا للزواج برجال أوفر حظا من التعليم ، مما يمثل ميزة إضافية بالنسبة لأطفالهن ، على الرغم من أن تأثير تعليم الآباء يقل عن مثيله بالنسبة لتعليم الأمهات .

إطار ١٠-٢: تقليل الإصابة بالإسهال فى الأطفال الرضع

تعد أمراض الإسهال من بين أكبر أسباب المرض والوفيات فى الرضع والأطفال فى البلدان المنخفضة الدخل. وعلى المدى البعيد، يمثل توفير المياه النقية والصرف الصحى الفعال فى جميع المجتمعات ، أفضل حل لهذه المشكلة ؛ فهل هناك طرق يمكن استخدامها على المدى القريب لتقليل معدلات الإصابة بالإسهال ؟

قام عالم التغذية نصار أحمد وزملاؤه بتقييم مدى فعالية أحد سبل التدخل المجتمعية الارتكاز ، والمصمم لتحسين مستويات النظافة الشخصية ، وتقليل المراضة الناجمة عن الإصابة بالإسهال، وتعزيز نمو الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٠-١٨ شهرا فى المناطق الريفية الواقعة بطول نهر البادما (Padma) ، والواقع على بعد ١٠٠ كم للشمال الغربى لدكا عاصمة بنجلادش(٢٥). تم تصميمات إجراءات الصحة العامة تلك بعد إجراء استقصاء دقيق : (أ) للتعرف على السلوكيات المرتبطة بالمراضة فى الأطفال ، (ب) لفهم التنظيم

المجتمعى (community organization). وتم تعيين العمال الصحيين المحليين (خريجو المدارس الثانوية من سكان المجتمعات قيد الدراسة) على أساس الاهتمام بالعمل والقدرة على أدائه ، كما كانوا يتلقون أجرا نظير مشاركتهم . وتم استجلاب دعم زعماء القرى للبرنامج الصحى، وتم إلقاء المحاضرات على القرويين أثناء اجتماعهم الأسبوعى فى المساجد لأداء صلاة الجمعة (إذ أن أغلب السكان هناك من المسلمين) ، حيث تتوافق تعليمات الإسلام التى تحض على النظافة مع الرسالة الأساسية للصحة العامة.

تم اختبار ومراجعة التدخلات المطروحة من خلال التجارب التفاعلية (interactive) فى المنازل ، والتى كان يقوم بها أولا عمال المشروع ، ثم الأمهات المتطوعات ، ثم خمس وعشرون من أكثر الأمهات فقرا فى المنطقة. وتم إدراج الإجراءات التى تثبت فعاليتها تحت ظروف القرية المعيشية ، ضمن التدخلات المتبعة فى المشروع . كما قام العاملون الحقليون بتدريب الأمهات المحليات المتطوعات والإشراف عليهن ، واللاتى قمن بدورهن بتعليم بقية الأمهات فى المجتمع.

كانت أقوى دوافع تغيير السلوك هى التعاليم التفاعلية (interactive teachings) فى المجموعات الصغيرة (المكونة من ٣-٥ أعضاء) من الأمهات اللاتى كن يلتقين مرتين أسبوعيا. كانت الأم تتلقى مبادئ نظرية الجراثيم (germ theory) كسبب للأمراض ، بحيث تصبح قادرة على فهم منطق التدخلات الطبية التى ينطوى عليها المشروع. وكان يتم عرض السلوكيات الصحية وتلك المتعلقة بالنظافة من قبل متطوعين نشطين ، كما كان يعبر عنها بطريقة مسرحية من خلال المشاركة الجماعية لإظهار تأثيرها على الصحة بصورة مرئية .

كان هناك ثلاثة أهداف رئيسية للتغيير؛ كان أولها ، وهو يهدف للصرف الصحى الأرضى (ground sanitation) ، هو منع الأطفال الرضع من لمس وأكل المواد الملوثة من السطح الترابى (dirt surface) لأراضى القرية. وتشمل التقانات المستخدمة ما يلى : كنس وتنظيف المناطق التى يلعب فيها الرضيع ؛ استعمال مالج (trowel : أداة يطين بها) زهيد الثمن لإزالة براز الحيوانات والفضلات البشرية على الفور ؛ إنشاء حفرة للبراز لتلقى الفضلات مباشرة ؛ والاحتفاظ بالرضع الزاحفين فى نوع بدائى من الحظائر النقالة (play-pen). أما الهدف الثانى، ويهدف للمحافظة على النظافة الشخصية، فكان تقليل انتقال الجراثيم . وتشمل التقانات المستخدمة ما يلى : غسل اليدين بالرماد أو الصابون بعد التبرز وكذلك قبل تناول الطعام ؛ تنظيف الرضيع بعد تبرزه مباشرة ؛ الاحتفاظ بأظافر قصيرة بتقليمها بصورة مستمرة ؛ وتجفيف الأيدى بخرقة نظيفة. وتمثل الهدف الثال، ويهدف لنظافة الطعام ، فى تقليل انتقال الجراثيم خلال الإطعام بالأغذية الإضافية أو المعلبة. وتشمل الآليات المستخدمة ما يلى : تثبيط استخدام زجاجات الإطعام (feeding bottles) ؛ إعداد

كمية الطعام والشراب التى يستطيع الرضيع تناولها فى وقت واحد فقط ؛ غسل يدى ولى الأمر والرضيع ، وكذلك غسل الأوانى قبل إعداد الطعام وقبل تناوله ؛ وحماية الطعام من الذباب والحيوانات.

قام العاملون الحقليون بتجميع البيانات فى شهور متعاقبة بعد استكمال التدخلات بين شهرى فبراير إلى يولية . وشملت النتائج التى خضعت للدراسة ؛ درجة فهم الأمهات للنظرية الموجبة للنظافة ، والمراقبة المباشرة لنظافة الطفل والمنطقة التى يلعب فيها ، وتقرير الأم لحدوث نوبات من الإسهال ، والقياسات الأنثروبومترية (anthropometric) لنمو الطفل. ويرتبط فهم الأمهات بصورة مباشرة مع مقياس (حرز) النظافة (cleanliness score) ، ومع وزن الطفل بالنسبة لعمره ، لكنه يرتبط بصورة عكسية مع مقياس (حرز) الإسهال (diarrhea score). كانت دلائل النظافة فى منطقة عمل المشروع أفضل بصورة هائلة من تلك الملحوظة فى المناطق الضابطة (control sites) بحلول نهاية فترة الدراسة. وكانت معدلات انتشار الإسهال فى منطقة العمل أقل بكثير ، كما انخفضت النسبة المئوية للأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد. وبالإضافة إلى ذلك ، كان هناك انخفاض حاد فى معدلات الإطعام الصناعى (bottle feeding) فى منطقة العمل. وتدعم هذه النتائج بقوة ، استخدام التدخلات المجتمعية الارتكاز لتحسين المعرفة المتعلقة بالنظافة ، ولتعديل السلوكيات الحالية ، ولتقليل معدلات الإصابة بأمراض الإسهال ، ولتقليل الإصابة بسوء التغذية حتى تحت ظروف الفقر المدقع .

وكما يمكن توقعه ، هناك حدود لمثل تلك التدخلات فى أوقات التلوث البيئى الشديد. وخلال الفيضانات الشديدة التى تتعرض لها بنجلادش من أن لآخر ، تنجرف مياه البواليع والمجارى (sewage) فتختلط بصورة مباشرة مع مصادر مياه الشرب ؛ كما لا يمكن المحافظة على السلوكيات الصحية فى الوقت الذى يتوجب فيه إخلاء المنازل والقرى بالكامل. وتتخطى السيطرة على الفيضانات إمكانيات المبادرات المحلية ، وفى هذه الحالة بالذات ، تتخطى إمكانيات الحكومة الوطنية فى بنجلادش بمفردها ؛ فهى تستلزم تضافر جهود عدة دول هى الهند ، ونيبال ، وبنجلادش ، والتى يستلزم فيها عقلنة (rationalization) الزراعة ، وقطع الأخشاب ، وأنماط استهلاك المياه ، والنمو السكانى ، وذلك بهدف السيطرة على الفيضانات. وفى يولية ١٩٩٣، تسببت موجة من الفيضانات فى قتل أكثر من ٢٠٠٠ نسمة فى جنوبى أسيا ، بالإضافة إلى تشريد نحو عشرة ملايين شخص ، لكن المفاهيم الضيقة للمصلحة الذاتية الوطنية لا تزال حتى الآن تعيق التوصل إلى اتفاق بشأن الخطوات الواجب اتخاذها للسيطرة على الفيضانات[٢٦].

تشمل السلوكيات التى تقلل من عوامل الاختطار ، الرضاعة الثديية ، والمحافظة على النظافة ، والتخلص بصورة فورية وملائمة من البراز، والإعداد والتخزين المناسبين لأغذية الأطفال فى سن الرضاع والفطام . وأظهرت الدراسات التى أجريت فى بنجلادش وجواتيمالا أن تحسين مستويات النظافة الشخصية والمنزلية، خصوصا من خلال غسل اليدين ، يؤدى إلى تقليل المراضة الناجمة عن الإصابة بالإسهال[٢٤]. ويقدم (إطار ١٠-٢) وصفا لأحد أساليب التدخل التى تقلل بصورة تدريجية من نوبات الإسهال ، والتى تحسن مستوى التغذية العامة فى المناطق الريفية من بنجلادش .

وعند حدوث الإسهال بالفعل ، يتمثل تأثيره المباشر المهدد للحياة ، فى التجفاف (dehydration) ؛ أما تأثيره على المدى القريب ، فهو سوء التغذية (malnutrition). ويمكن للتعويض الفورى والملائم للسوائل والأملاح المفقودة بالمعالجة بالإمهاء الفموى (Oral Rehydration Therapy; ORT) أن ينقذ حياة الكثيرين. وبرغم ذلك، فإن إعطاء السوائل تحت هذه الظروف قد يتحدى المفاهيم المحلية ؛إذ إن الاستجابة التقليدية لمعظم الأمهات تتمثل فى تقليل كمية السوائل التى يتناولها الطفل المصاب بالإسهال ، "حتى تستريح الأمعاء." وبالإضافة إلى ذلك ، فقد تتمثل استجابة الجسم المبدئية للمعالجة ORT ، فى زيادة الإسهال. ومع ذلك ، تبقى للسوائل أهمية حيوية فى إنقاذ حياة المرضى . ولذلك، فمن الضرورى توفير التوعية المنهجية لجميع المجتمعات ، من أجل تطبيق المعالجة ORT الفورية والمستدامة ؛ ويتميز الثريد (العصيدة: gruel) المحضر محليا من الأرز أو الحبوب – كبديل لمستحضرات المعالجة ORTالمعبأة فى أكياس ورقية – بكونه متوافرا بصورة فورية ، وتوفيره لقدر أكبر من السعرات الحرارية ، وبكونه يبطئ من تفاقم الإسهال. ليس هناك ثمة شك فى فعالية الإمهاء الفموى ، أو فى قدرة حملات التوعية على زيادة معدلات استخدامه، لكن استخدام المعالجة ORT أقل بكثير من أن يوصف بالملائم ، كما أن التوعية تحتاج إلى الدعم (reinforcement). ويجب دمج برامج المعالجة الفموية بالإمهاء ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية من أجل جعلها مستدامة (sustainable) على المدى البعيد. وبرغم ذلك ، فلا يمكن للمعالجة ORT، ولا لغيرها من التقانات الأخرى، أن تكون فعالة فى المحافظة على صحة الأطفال بصورة لا نهائية فى وجود إعادة العدوى (reinfection) المتكررة نتيجة للظروف غير

المحتملة التى يعيش فى ظلها أكثر سكان مدن الأكواخ فقرا: والذين يتعلمون ، فى المساكن المؤقتة ، دون الحصول على مياه الشرب النقية أو سبل الصرف الصحى ، ودون وسيلة للتخزين الآمن للمياه أو الطعام ، ودون وجود أية خدمات بلدية (municipal) على الإطلاق.

السلوك الجنسى : الولادة (Sexual Behavior: Childbearing)

للنشاط الجنسى ثلاثة على الأقل من التأثيرات الكبرى على الصحة : الولادة ، والأمراض المنقولة جنسيا (STD's) ، وسرطان الكبد وربما سرطان عنق الرحم أيضا.

يعد الحمل والولادة من عوامل الاختطار الرئيسية بالنسبة للصحة العقلية ، خصوصا عندما تكون الأم صغيرة السن للغاية أو متقدمة نسبيا فى العمر وأنجبت الكثير من الأطفال من قبل ؛ وعندما تصاب الأم بسوء التغذية أثناء فترة المراهقة ، فمن المحتمل أن يضيق المخرج الحوضى (pelvic outlet) لديها ؛ وعندما تقصر الفترات الزمنية الفاصلة بين حملين متتاليين ؛ أو عندما تكون خدمات الدعم قبل الولادة والخدمات التوليدية غير كافية. وفى الدول "النامية" ، على سبيل المثال ، يزيد احتمال الوفاة أثناء الولادة بثلاثة أضعاف فى الأمهات اللاتى تقل أعمارهن عن الثامنة عشرة ، وبخمسة أضعاف فى أولائك اللاتى تزيد أعمارهن عن الرابعة والثلاثين ، وذلك مقارنة بالأمهات اللاتى تتراوح أعمارهن بين العشرين والتاسعة والعشرين. وباعتبار جميع هذه الأسباب ، تبلغ معدلات وفيات الأمهات (maternal mortality) فى البلدان المنخفضة الدخل نحو ٢٥ ضعف مثيلاتها فى البلدان الغنية ؛ إذ تموت نحو واحدة من بين كل ١٠٠ امرأة فى البلدان المنخفضة الدخل نتيجة لمضاعفات الحمل والولادة ، مقارنة بما لا يزيد عن نسبة ١ : ٢.٧٠٠ فى البلدان ذات اقتصاد السوق المستقر (ونسبة ١: ١٢.٠٠٠ فى الولايات المتحدة)[٢٧]. ولا تنتهى المأساة عند هذا الحد ، فوفاة الأم تزيد من احتمالية ألا يبقى وليدها على قيد الحياة حتى بلوغ سن الخامسة بنسبة ٥٠٪[٢٨].

يمكن أن يؤدى حدوث الحمل غير المرغوب فيه إلى أن تسعى المرأة للإجهاض. وفى تلك البلدان التى يعد الإجهاض فيها قانونيا وميسورا ، تكون هذه العمليات مأمونة بدرجة ملحوظة ؛ أما فى البلدان التى يحرم فيها الإجهاض ، ترتفع معدلات الخطر المصاحبة له بصورة كبيرة. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن أكثر من نصف حالات وفيات الأمهات الناجمة عن الإجهاض المحرَّض (induced abortion) ، والتى يزيد عددها عن ١٠٠.٠٠٠ حالة وفاة سنويا ، تحدث جنوب وجنوب غربى آسيا وفى بلدان أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى. وعندما كان الإجهاض محظورا فى رومانيا عام ١٩٦٦ ، لأسباب سياسية (إذ اعتبرت الحكومة أن معدلات المواليد منخفضة للغاية) ، ارتفعت معدلات وفيات الأمهات إلى عشرة أضعاف مثيلاتها فى أى بلد أوروبى آخر ، فى حين انخفضت هذه المعدلات سريعا بعد أن تم إبطال قانون حظر الإجهاض[٢٩].

ظهرت فى الآونة الأخيرة مشكلة اجتماعية كبرى جديدة ؛ إذ يتيح بزل السلى (بزل السائل الأمنيوسى : amniocentesis) والتصوير بفائق الصوت (ultrasonography) التعرف على جنس الجنين قبل الولادة. وتستخدم هذه الطرق حاليا فى عمليات الإجهاض الانتقائى (selective abortion) للإناث فى الهند والصين. ونتيجة لذلك ، ارتفعت نسبة المواليد الذكور/الإناث فى الصين من النسبة المتوقعة (١٠٥ صبيا إلى ١٠٠ بنتا) إلى نسبة غير مسبوقة مقدارها ١١٨,٥ : ١٠٠ . ولذلك ، يتعرض واحد من كل تسعة أجنة للإناث للإجهاض قبل الولادة. وبرغم أن الإجهاض الانتقائى للجنس غير مشروع ، فمن الصعب للغاية أن يتم اعتراضه ؛ فقد أصبحت أجهزة التصوير بفائق الصوت واسعة الانتشار فى الصين حاليا ، حتى فى المناطق الريفية[٣٠].

يمكن تقليل الحاجة للإجهاض بصورة كبيرة من خلال الاستخدام المنظم لموانع الحمل (contraceptives) ، لكنه ليس من الممكن منعه تماما نتيجة لاحتمال الخطأ مع استخدام وسائل منع الحمل. وبالإضافة إلى تحسن صحة الأم والطفل نتيجة لحالات الحمل المخطط لها ، والتى تفصلها مسافات زمنية مناسبة ، والمرغوب فيها - فإن المزايا التى تجنيها الكثير من البلدان نتيجة لانخفاض معدلات الخصوبة (fertility rates) ، تجعل للاستثمار فى برامج تنظيم الأسرة (family planning programs) ، واحدة من

أعلى نسب الفائدة إلى التكلفة لأى برنامج متعلق بالصحة . وأظهرت الدراسات الحقلية أن القابلات (midwives) المدربات يمكنهن بأمان تقديم مانعات الحمل الفموية (حبوب منع الحمل : oral contraceptives) ، وأدوات منع الحمل داخل الرحمية (intrauterine devices ;IUD's) ، كما يمكنهن غرس المستحضرات الممتدة المفعول من أسيتات المدروكسى بروجستيرون (medroxy progesterone acetate) ، كما يمكنهن إجراء عمليات ربط البوق (قناة فالوب) (tubal ligation) التالية للولادة . وقد أظهرت دراسة حقلية واسعة أجريت مؤخرا فى فيتنام ، تلك الفعالية الملحوظة والأمان المصاحبين لعمليات التعقيم (sterilization) المجراة بالغرس اللاجراحى عبر عنق الرحم لكريات الكيناكرين (quinacrine pellets)، ، والتى يمكن أن يقوم العاملين الصحيين المدربين بوضعها فى مكانها [٢١]. وتعد أكثر طرق منع الحمل العكوس (reversible) فعالية ، هى تناول الهرمونات

إطار ١٠-٣: قصة مدينتين : الفقر ووفيات الأمهات

توفيت ف.أ. أثناء الولادة فى إحدى مستشفيات المناطق الصغيرة فى دولة أفريقية. شخص عالم الأمراض وفاتها كنتيجة للنزف قبل الولادة نتيجة للمشيمة المنزاحة (placenta previa). كان قد تم إدخالها المستشفى فى حالة صدمة (shock) نتيجة لفقد الدم ؛ ولم يتوافر فى المستشفى سوى نصف لتر من الدم لنقله إليها ؛ كما استغرق الأمر أكثر من ثلاث ساعات قبل أن تبدأ عملية التوليد القيصرى (cesarean section) ، وتوفيت المرأة على طاولة العمليات.

فى سن التاسعة والثلاثين ، كانت ف.أ. قد أنجبت سبعة من الأبناء ؛ خمسة منهم كانوا لا يزالون على قيد الحياة. لم تكن ترغب فى المزيد من الأبناء ، لكنها لم تكن على صلة بمعلومات أو خدمات تنظيم الأسرة. كانت قد أصيبت بنوبتين صغرتين من النزف خلال الشهر الأخير لحملها (وهو من علامات المشيمة المنزاحة) ، لكن هذه النوبات أهملت ، كما كانت تعانى من فقر الدم المزمن نتيجة لنقص الحديد نتيجة للإصابة بالطفيليات ؛ لكنها لم تكن تتلقى له علاجا. ولم يحدث مطلقا أن تلقت المرأة رعاية صحية قبل الولادة. واستغرق نقلها إلى المستشفى أربعة ساعات بعد بداية النزف.

كان بالإمكان الحيلولة دون وفاة ف.أ.. فلو كان بوسعها الحصول على وسائل تنظيم الأسرة ، ما كانت حملت فى هذا الطفل أصلا. ولو أتيحت لها الرعاية الصحية قبل الولادة ، لكان من الممكن

معالجة إصابتها بالطفيليات وبفقر الدم المزمن بفعالية ؛ وكانت نوبات النزف التي ألمت بها أثناء الحمل ستؤدي إلى نقلها إلى مستشفى المنطقة وإلى حجزها هناك مبكرا ، قبل بدء المخاض. وإذا لم يحدث ذلك ، لكان من الممكن لتوافر وسائل نقل الحالات الطارئة إلى المستشفى ، وتوافر كميات من الدم ، والخدمات الجراحية الفورية في مستشفى المنطقة ، أن تحول دون وفاتها.

والسؤال هو : هل كانت وفاة ف .أ. من المشيمة المنزاحة نتيجة لمرضيات طبية أم اجتماعية ؟

ك.ر.، أم إسبانية (Hispanic) لأربعة أطفال في الثالثة والثلاثين من عمرها ، توفيت في مدينة نيويورك عندما اختُرق رحمها (perforated) خلال عملية إجهاض غير متقنة أجراها طبيب سبق وأن أوقف عن العمل ، كما أنه خاضع لمراقبة مجلس التراخيص الطبية. عزا عالم الأمراض وفاتها للنزف داخل البطن. ونظرا لأنها لم تكن تريد لعائلتها وأصدقائها الذين يدينون بالمذهب الكاثوليكي الروماني أن يعرفوا بنيتها للإقدام على الإجهاض ، توجهت ك.ر. إلى منطقة أخرى من المدينة حيث قصدت عيادة طبيب كان قد أعلن عنها في إحدى الصحف الإسبانية المحلية. لم يكن بوسعها معرفة كيف تقيم كفاءة الطبيب أو مدى كفاءة تجهيزات عيادته التي ستجرى فيها عملية الإجهاض. ونظرا لكونها مهاجرة ، فلم تكن على علم بوجود مراكز موثوقة للإجهاض في مدينة نيويورك بتكلفة أقل وبضمان كامل لعدم الكشف عن هوية العملاء. أحست المرأة بأنها مجبرة على إجراء عملية الإجهاض ، نظرا لخوفها من أن يؤدي حملها إلى فقدانها لوظيفتها كمساعدة ممرضة ، وهي وظيفة كانت تدر لها دخلا تحتاجه الأسرة بشدة .

لو كان قد تم توفير إجازة للأمومة مع المحافظة على الوظيفة عند العودة منها ، ولو كانت سلطات الترخيص الطبي في الولاية قد منعت الطبيب الفاشل عن ممارسة المهنة، ولو كانت المعلومات المتعلقة بوجود مراكز مأمونة وموثوقة للإجهاض متاحة لجميع المقيمين في المدينة باللغتين الإسبانية والإنجليزية ، ولو لم يكن الإجهاض يحمل كل هذا القدر من الوصم لدرجة أن شعرت المرأة بحاجتها للاحتفاظ بالأمر سرا ، ولإخفائه عن زوجها ، وأصدقائها ، وطبيبها ، لكان من الممكن أن يتغير هذا "السيناريو" تماما.

هل كانت وفاة ك . ر . ناجمة عن النزف نتيجة لاختراق الرحم، أم أنها كانت ناجمة عن الإهمال والوصم ؟

وبرغم تباين الأوضاع في البلدان المختلفة ، تتشابه المشكلات التي تواجهها النساء اللاتي يعشن في ظل الفقر بصورة ملحوظة : تواصل محدود بخدمات الرعاية الصحية ، والتي كثيرا ما تكون متدنية أصلا ؛ نقص المعلومات المتعلقة بخيارات الرعاية الصحية ؛ والافتقار للسيطرة على أجسادهن. وكما أن الدروس المستفادة من الشمال يمكن تطبيقها على بلدان الجنوب ، كذلك يمكن لحل مشكلات نساء الجنوب بصورة جادة وعاجلة ، وصياغة تلك الحلول في إطار التعاون، أن يفيد بلدان الشمال بالمثل[٣٢].

عن طريق الفم (حبوب منع الحمل : the pill) ، أو بحقن الهرمونات الممتدة المفعول. ولسوء الحظ ، فلا الهرمونات (ولا موانع الحمل داخل الرحمية) يمكنها توفير الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا. أما وسيلة منع الحمل الوحيدة التى تحقق كلا الهدفين (منع الحمل والوقاية من الأمراض الجنسية) ، فهى استخدام الواقى الذكرى (condom) مع جيل قاتل للنطاف (الحيوانات المنوية) (spermicidal jelly).

النشاط الجنسى والسرطان

يمكن أن يؤدى الالتهاب الكبدى البائى (Hepatitis B) ، وهو مرض يمكن انتقاله جنسيا أو عبر الدم ، إلى الإصابة بسرطانة الخلية الكبدية (hepatocellular carcinoma) ، وهو نوع من أورام الكبد الخبيثة التى لا علاج لها. ولحسن الحظ ، هناك لقاح مأشوب (recombinant vaccine) يتميز بفعالية شديدة للوقاية من الالتهاب الكبدى ، وبذلك يقى من الإصابة بسرطان الكبد. يمكن حقن اللقاح خلال الطفولة ، كما تم إدراجه حاليا ضمن برامج التطعيم الروتينية فى بعض البلدان الصناعية. وتبلغ الحاجة للتطعيم أقصاها فى الكثير من البلدان المنخفضة الدخل حيث يتوطن الالتهاب الكبدى البائى[٣٣]. وعلى أية حال ، تبقى التكلفة المرتفعة عائقا يحول دون التوسع فى استخدام اللقاح .

هناك كم متزايد من الأدلة على ارتباط سرطان عنق الرحم بالعمر الذى يبدأ فيه النشاط الجنسى الغيرى (heterosexual activity) ، وبتكرارية ذلك النشاط طوال العمر ، وبعدد الشركاء الجنسيين الذكور للمرأة. وهناك أدلة متزايدة أيضا على أن هناك فيروسا – ينتقل عبر الممارسة الجنسية – مسئولا عن الإصابة بسرطان عنق الرحم [٣٤]. وليس هناك من لقاح واق حتى الآن ، لكن تغيير السلوك يمكنه أن يقلل من خطر الإصابة بسرطان عنق الرحم – بمعنى ، تأجيل عمر البدء بالممارسة الجنسية، وتقليل عدد الشركاء الجنسيين ، واستخدام الواقى الذكرى (الرفال) أثناء الممارسة الجنسية. وتؤدى حبوب منع الحمل وعمليات ربط البوق إلى انخفاض معتبر فى خطر الإصابة بسرطان المبيض.

الأمراض المنقولة جنسيا

يعكس ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا (Sexually transmit-ted diseases; STD's) في البلدان المنخفضة الدخل ، تمزق طرق التفكير التقليدية التي تتحكم بالسلوك الجنسي[٣٦]. ولقد ازداد عدد الشركاء الجنسيين لكل من الرجال والنساء بصورة ملحوظة ؛ ونتيجة لذلك، انتشرت الأمراض المنقولة جنسيا سريعا بين المجتمعات المختلفة. ونظرا لكون الانتقال من المدن إلى القرى أصبح أكثر سرعة وتكرارا ، انتقلت الأمراض الجنسية بينهما سريعا. وينبع النمط الجديد للنشاط الجنسي عن التحولات الاجتماعية الكبرى التي حدثت مؤخرا.

وتعتبر بلدان شرق أفريقيا خير مثال على هذه الاتجاهات الجديدة؛ فقد توزعت فوائد التنمية والاستثمارات الأجنبية بصورة غير متساوية ؛ فقد ازدادت الأقلية من النخبة ثراء ، ولم يبق منهم سوى قليل من الخير لتوزيعه على الغالبية العظمى من الشعوب. ويصارع أغلب المواطنين من أجل البقاء على قيد الحياة ، في حين تزداد حدة الفصل بين الجنسين في العمل ، مع انهيار البنى الداعمة التقليدية للنساء ، وازدياد هيمنة الرجال على المجتمع. ونظرا لشيوع توريث الذكور وحدهم بين الكثير من القبائل ، فلم يبق للنساء سوى حقوق فلاحة الأرض لتوريثها لأبنائهن. وفي حين كانت النساء تنتج سابقا المحاصيل اللازمة للاستهلاك المنزلي، توجه أغلب جهودهن اليوم نحو إنتاج محاصيل التصدير ؛ بينما تعود النقود التي يحصلن عليها لأزواجهن[٣٧].

وبالنسبة للكثير جدا من النساء في شرق أفريقيا، يعد العمل الجنسي (sex work) سبيلهن الوحيد للبقاء. وقبل عشرين سنة من الآن ، كان تعاطي الدعارة موصوماً بالعار في تلك البلدان ؛ أما الآن ، فتتطلب العاهرات – اللاتي تتراكم مدخراتهن نتيجة لما يكتسبنه من مال – إظهار الاحترام في قراهن عندما يعدن إليها محملات بالثروة والمال. وعلى الرغم من أن العاملات الجنسيات قد بدأن باستخدام الواقي الذكري مع زبائنهن ، فإن الأزواج نادرا ما يستعملونه . وتخشى الزوجات أن يتعرضن للضرب أو الهجر إذا رفضن ممارسة الجنس مع أزواجهن دون استخدام الواقي الذكري[٣٨].

ونتيجة جميع هذه التغيرات الحادثة فى أنماط السلوك الجنسى ، هى وجود نسبة مرتفعة بصورة مُقلقة لانتشار الأمراض المنقولة جنسيا .

فى تايلاند والفلبين ، أصبح الجنس من الأعمال المزدهرة التى تدر أرباحا طائل . ويتم الإبقاء على الدعارة هناك بفعل عصابات لصوصية إجرامية تنتظم صفوفها لاستغلال السياحة. يتم جلب النساء الشابات ، ولما تبلغ بعضهن المحيض ، من آبائهن مقابل مبلغ نقدى يدفع مقدما نظير "خدماتهن". وتلتزم النساء بأداء "القرض" فى صورة سنوات عديدة من الخدمة المهينة قبل أن تتاح لهن الفرصة للاحتفاظ بأى مبلغ مما يكتسبنه ، كما يتم إغواء بعضهن من الشوارع او يتم شراؤهن من العصابات الإجرامية فى ميانمار (بورما) ، بعد تعرضهن للخطف ، والاغتصاب ، وبيعهن فى سوق الرقيق. وتعد مواخير تايلاند مصدرا رئيسيا للوباء الذى حوّل هذا البلد ، خلال خمس سنوات ، من دولة ذات معدلات منخفضة لانتشار فيروس العوز المناعى البشرى إلى دولة ذات معدلات مرتفعة لانتشار هذا الفيروس[٣٩].

تشمل الأمراض المنقولة جنسيا :السيلان البنى (gonorrhea) ، والزهرى (syphilis) ، والقريح (chancroid) ، والمتدثرة (chlamydia) ، والعدوى بفيروس العوز المناعى البشرى (HIV). وتنتشر الأمراض المنقولة جنسيا بصورة واسعة ؛ إذ تحدث ما يزيد على ٢٥٠ مليون حالة جديدة سنويا[٤٠]. ويمكن أن تسبب الأمراض الجنسية آثارا خطيرة ، بما فيها المرض الحوضى الالتهابى (PID) مع الإصابة بالعقم ، ومرضيات الجهاز العصبى المركزى ، والوفاة. وتتعرض النساء للإصابة بتلك الأمراض بصورة لا تتناسب مع معدلات إصابة الذكور، نظرا لأن انتقال المرض من الذكور إلى الإناث يعد أكثر فعالية من العكس ، كما إن المراحل الأولى للإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا كثيرا ما لا تُظهر أعراض المرض. ونظرا لأن الوقاية تستلزم إما الالتزام بشريك جنسى واحد (monogamy) لكلا الشريكين الجنسيين ، أو استخدام الواقى الذكرى ،تقع عملية الوقاية تحت سيطرة الشريك الذكر فى العملية الجنسية (هناك واق أنثوى [female condom] فى الأسواق حاليا ، كما يتم تطويره). وفى الكثير من المجتمعات ، ليس للنساء كثير رأى فى الظروف التى يتم الاتصال

الجنسى تحتها. وتقرر الدراسات التى أجريت فى شرق أفريقيا أن النساء المتزوجات الملتزمات بشريك جنسى واحد (هو الزوج) يتعرضن للإصابة بعدوى الفيروس HIV ، برغم علمهن بمرض الإيدز وإمكانية حصولهن على الواقيات الذكرية . فلماذا يحدث ذلك ؟ والإجابة أنهن غير قادرات على التحكم بالممارسات الجنسية لأزواجهن خارج العلاقة الزوجية ، وعجزهن عن رفض الممارسة الجنسية مع أزواجهن دون استخدام الواقى الذكرى. وعلى ذلك ، تستلزم جهود الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا ، تحسين الأوضاع الاجتماعية للمرأة .

أظهر تشخيص ومعالجة الزهرى فعاليته بالنسبة للتكلفة ، وذلك فى التجارب الحقلية التى أجريت فى البلدان الأفريقية جنوبى الصحراء الكبرى. وحتى الآن، لا يزال تشخيص الأمراض الناتجة عن الإصابة بالمتدثرة يتسم بالصعوبة . وقد أثبت اختبار معملى جديد مبنى على تفاعل سَلْسَلَة البوليمراز (PCR) ، كونه حساسا ونوعيا فى الوقت نفسه ؛ كما أن المعالجة بجرعة واحدة من المضاد الحيوى أزيثروميسين (azithromycin) تعد فعالة للغاية[٤١]. ولسوء الحظ ، فإن كلا الطريقتين مكلفتين للغاية .

يعد عدوى الفيروس HIV أكثر الأمراض الجنسية فوعة (virulence). وفى عام ١٩٨١، عندما اكتشف المرض لأول مرة ، كان هناك نحو ١٠٠,٠٠٠ مصاب بالعدوى فى جميع أنحاء العالم ؛ وبعد عقد واحد من الزمن، ارتفع عدد المصابين إلى ١٢ مليونا ، يعيش ثمانية ملايين منهم فى أفريقيا وحدها (انظر جدول ١٠-٢). وتقدر الحكومة الكينية ، والتى رفضت الاعتراف بوجود الإيدز هناك فى البداية، أنه بحلول عام ٢٠٠٠ سيبلغ عدد الوفيات الناجمة عن الإيدز ٩٠٠,٠٠٠ ، كما سيكون هناك ٢ مليون مصاب بالفيروس HIV – وذلك فى بلد لا يزيد تعداده عن ٢٢ مليون نسمة[٤٢]. أما فى عام ١٩٩٠، فكان ٨٠٪ من المصابين بالفيروس HIV يعيشون فى البلدان المنخفضة الدخل. ويمثل المرض مأساة بالنسبة للأسر ، وكارثة بالنسبة للأمم ، نظرا لأنه يصيب عادة البالغين فى أكثر سنوات عمرهم إنتاجية من الناحية الاقتصادية .

ونظرا لوجود فترة خالية من المرض تتراوح بين ٧-١٠ سنوات تفصل بين العدوى بالفيروسHIV ، وبين ظهور العلامات الإكلينيكية للمرض (متلازمة نقص المناعة

المكتسب، أو الإيدز) ، يتسم انتقال المرض بكونه صامتا. وتظل العدوى باقية طيلة حياة المريض (يقوم الفيروس بدمج تعليماته الوراثية فى خلايا العائل البشرى). وبدون الخضوع لاختبار الدم للفيروس، لا يعرف المصابون بالفيروس HIV أنهم مصابون ، كما لايمكن التعرف عليهم من قبل مَن يختارونهم للممارسة الجنسية ، أو للمشاركة فى تعاطى المخدرات بالحقن ، أو عندما يتبرعون بالدم. ونتيجة لذلك ، ينتشر المرض انتشار النار فى الهشيم. ومما يزيد الأمر سوءا ، يتعرض الفيروس للطفرات (التغيير) بمعدلات سريعة للغاية ، لذلك ينجو من القتل بفعل دفاعات الأجسام المضادة للعائل (host antibody defenses).

جدول ١٠-٢ : العدد التقديرى لحالات العدوى بفيروس العوز المناعى البشرى حسب المنطقة الجغرافية وحسب جنس المريض

المنطقة	العدد الإجمالى	نسبة إصابة الذكور إلى الإناث
أمريكا الشمالية	١.٢٠٠.٠٠٠	١/٨,٥
أوروبا الغربية	٧٢٥.٠٠٠	١/٥
أوقيانوسيا	٢٨.٠٠٠	١/٧
أمريكا اللاتينية	١.٠٣٥.٠٠٠	١/٤
أفريقيا جنوبى الصحراء	٨.٧٧٢.٠٠٠	١/١
دول الكاريبى	٣٢٥.٠٠٠	١/١,٥
شرق أوروبا	٢٧.٠٠٠	١/١٠
جنوب شرق المتوسط	٣٥.٠٠٠	١/٥
شمال شرق آسيا	٤٢.٠٠٠	١/٥
جنوب شرق آسيا	٧٠٠.٠٠٠	١/٢
العالـــم	١٢.٩٠٠.٠٠٠	١/١,٥

المصدر: معدل من Mann et al.,1992:30-31، نشر بترخيص من الناشر .

يتعرض الأشخاص المصابون بالفيروس HIV لخطر كبير للإصابة بالاضطرابات النفسانية خلال سياق مرضهم[٤٣]. ويعدد الجدول ١٠-٣ معدلات الانتشار طوال العمر

(lifetime prevalence) للاضطرابات العقلية فى مرضى جرى تقييمهم فى مراكز صحية بالبرازيل ، وزائير، وكينيا، وتايلاند[٤٤]. ويظهر الأشخاص المصابون بالعدوى الأعراضى (symptomatic) لفيروس العوز المناعى البشرى (S/HIV-1+) معدلات للاضطرابات العقلية الوظيفية (مثل الاضطرابات الاكتئابية ، وخلل الوجدان ، واضطراب القلق العام) أكبر بكثير من أولئك الأشخاص ذوى السلبية المصلية (se-ronegative) (HIV -ve) وفى الوقت نفسه ، يظهر المصابون بالعدوى اللاأعراضى (asymptomatic) لفيروس العوز المناعى البشرى (A/HIV-1+) ، بدورهم، أدلة على الاضطرابات العقلية الوظيفية. وبالفعل ، ففى الكثير من المراكز الصحية ، قرر الأشخاص اللاأعراضيين حدوث معدلات للإصابة باضطراب القلق العام لديهم أكثر من مثيلاتها فى المرضى الذين يظهرون علامات مرضية متعلقة بالإيدز. وفى المراحل الأولى للعدوى ، وقبل ظهور أية أعراض إكلينيكية للإيدز، تعد المعرفة بحدوث العدوى فى حد ذاتها من المسببات الرئيسية للقلق. وفى حقيقة الأمر ، أن المريض قد أعطى حكما بالموت بمرض لا شفاء منه ، كما يتعرض للوصم الشديد ، كما ينتظره طريق يزداد تدهوره بصورة مزمنة. ويمكن أن تؤدى ردة الفعل لهذه الأنباء السيئة إلى تفاعل حاد للكرب (acute stress reaction) ، أو لحدوث الاكتئاب، أو أحد اضطرابات القلق. ويزيد علم المرء بأنه موجب لاختبار الفيروس HIV من خطر الإقدام على الانتحار بمعامل يساوى عشرين ضعفا أو يزيد[٤٥]. وفى المراحل المتأخرة لمرض الفيروسHIV (الإيدز الإكلينيكى) ، يظهر المرضى معدلات متزايدة من الخرف (dementia) نظرا لأن خلايا الدماغ قد تم تدميرها (انظر جدول ١٠-٤).

يدلف الفيروس إلى الجهاز العصبى المركزى ،فى أغلب الأشخاص المصابين بالعدوى ،بعد حدوث العدوى الجهازية (systemic) بفترة قصيرة. وتم إظهار ذلك بدراسات الأجسام المضادة ،وبعزل الفيروسات من السائل النخاعى (cerebrospinal fluid). وبرغم أن عدوى الدماغ يبقى عادة دونما أعراض لفترات طويلة (شهور أو سنوات عديدة) ، يظهر أغلب المرضى الذين يتوفون بفعل الإيدز آفات دماغية

متعددة لدى إجراء تشريح ما بعد الوفاة ؛ ويصاب كثيرون بالخرف قبل وفاتهم[٤٦]. وبالإضافة إلى التلف الناتج عن العدوى المباشر بالفيروس HIV ، قد يصاب المريض بعداوى غير شائعة (مثل مرض المقوسات [toxoplasmosis] ، والتهاب السحايا بالمستخفية [cryptococcal meningitis] ، والدرن ، والفيروس المضخم للخلايا [cytom- egalovirus] ، والهربس النطاقى [herpes zoster]) تؤدى للإصابة بآفات مخية شديدة.

تعمل السلسلة السببية (causal chain) فى اتجاهين متضادين ؛ فالأشخاص الذين يفرطون فى تعاطى الكحول ، والذين يدمنون المخدرات ، وأولئك المصابين باضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع ، يتعرضون لخطر أكبر للإصابة بالعدوى نظرا لتعاطيهم لسلوكيات محفوفة بالخطر. وبالفعل، فقد يصاب أولئك الذين تعرضوا للعدوى ، لكنهم لم يصابوا به ، بمتلازمات مُراقية (hypochondriacal) ، وحتى الضلالات (delusions) المتعلقة بإصابتهم الموهومة بالإيدز.

يمكن أن ينتقل عدوى الفيروس HIV بالممارسة الجنسية الغيرية (heterosexual) أو بالممارسة الجنسية المثلية (اللواط) بين الذكور؛ كما يمكن أن ينتقل من الأم إلى جنينها داخل الرحم ، أو من الأم لوليدها أثناء الولادة ، أو من خلال الإرضاع الثديى ، أو تعاطى المخدرات بالحقن الوريدى ، أو عبر منتجات الدم الملوثة (مثل عمليات نقل الدم). ومن بين جميع حالات العدوى التى حدثت حتى الآن ، كان ٧٥٪ منها نتيجة للانتقال الجنسى (مع نسبة للانتقال الجنسى الغيرى إلى الانتقال الجنسى المثلى قدرها ٧ :١) ، و١٠٪ نتيجة لتعاطى المخدرات وريديا ، و٥٪ عبر الدم المستخدم فى عمليات نقل الدم ، أو منتجات الدم المستخدمة لعلاج بعض الأمراض. وعلى أية حال ، تُخفى المعدلات الوسطية فى جميع أنحاء العالم تلك الاختلافات المذهلة بين المناطق المختلفة للعالم (انظر جدول ١٠-٥).

يمكن الوقاية من انتقال العدوى بالممارسة الجنسية بالالتزام بشريك جنسى واحد ، وباستخدام الواقى الذكرى .

جدول ١٠-٣: معدلات الانتشار طوال العمر(*) للاضطرابات العقلية فى الأشخاص المصابين بالفيروس HIV فى عدد من المراكز الصحية فى أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا الجنوبية

	HIV-1-	A/HIV-1+	S/HIV-1+	HIV-1-	A/HIV-1+	S/HIV-1+ ...
	كينشاسا ، زائير			نيروبى، كينيا		...
التشخيص حسب ICD-10(%)	(85 = n)	(52 = n)	(68 = n)	(65 = n)	(66 = n)	(72 = n)
نوبات اكتئابية /اضطرابات اكتئابية متكررة	٢,٣	٣,٨	٧,٣	٤,٦	٧,٥	١١,١
خلل الوجدان : dysthymia	١,٢	٠	٠	٠	١,٥	٠
اضطراب القلق العام	٠	١,٩	١,٥	١,٥	١,٥	١,٤
أى اضطراب عقلى	٤,٧	٧,٦	١٠,٣	٦,١	١٠,٥	١٢,٥
	بانكوك ، تايلاند			ساو باولو ، البرازيل		
التشخيص حسب IDC-10(%)	(59 = n)	(89 = n)	(38 = n)	(77 = n)	(55 = n)	(46 = n)
نوبات اكتئابية /اضطرابات اكتئابية متكررة	١٦,٩	٢٢,٥	٢٦,٣	١٩,٥	٢١,٨	٢٦,١
خلل الوجدان	٠	١,١	٠	١,٣	١,٨	٢,٢
اضطراب القلق العام	٠	٠	٢,٦	٣,٩	٥,٤	٦,٥
أى اضطراب عقلى	١٦,٩	٢٤,٧	٢٤,١	٢٤,٧	٢٠,٨	٢٧,٠

* باستثناء الاضطرابات الحالية = HIV-1 فيروس العوز المناعى البشرى النوع ١ ؛ = -HIV-1 المصابون بفيروس العوز المناعى البشرى النوع ١ سالب المصلية ؛ = +A/HIV-1 المصابون اللاأعراضيون بفيروس العوز المناعى البشرى النوع ١ الموجب المصلية ؛ = +S/HIV-1 المصابون الأعراضيون بفيروس العوز المناعى البشرى النوع ١ الموجب المصلية ؛ =ICD-10 المراجعة العاشرة التصنيف الدولى للأمراض. المصدر:

Maj et al.,1994a.WHO Neuropsychiatric AIDS study, Cross-Sectional Phase1.Arch. Gen.Psychitry, 51:39-49.(copyright 1994,American Medical Association

جدول ١٠-٤ : معدلات انتشار الخرف فى الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعى البشرى فى أربعة مراكز صحية

المركز	تشخيص الدليل ICD-10 للخرف (٪) HIV-1-	A/HIV-1+	S/HIV-1+ ...
كينشاسا ، زائير	٠	٠	٥,٩
نيروبى ، كينيا	٠	٠	٦,٩
بانكوك ، تايلاند	٠	٠	٠
ساو باولو ، البرازيل	٠	٠	٦,٥

ICD-10 = المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ؛ HIV-1 = فيروس العوز المناعى البشرى النوع١ ؛ HIV-1- = المصابون بفيروس العوز المناعى البشرى النوع ١ السالب المصلية ؛ A/HIV-1+ = المصابون اللاأعراضيون بفيروس العوز المناعى البشرى النوع ١ الموجب المصلية ؛ S/HIV-1+ = المصابون الأعراضيون بفيروس العوز المناعى البشرى النوع ١ الموجب المصلية.

المصـــــدر: Maj et al.,1994b,WHO Neuropsychiatric AIDS study, Cross-Sectional Phase II, Arch.Gen.Psychiatry, 51:51-61. (copyright 1994, American Medical Association.

وكذلك بالتخلص من السلوك الجنسى الذى يحمل أكبر عوامل الاختطار (اللواط). وتزيد الأمراض المنقولة جنسيا ، وبصورة ملحوظة، من خطر الإصابة بالعدوى نظرا لأنها تحطم سلامة (integrity) الجلد والأسطح المخاطية (mucosal surfaces) للجسم.ولذلك، تعد معالجة الأمراض الجنسية الأخرى من الخطوات المهمة فى الوقاية من عدوى الفيروس HIV. وتتطلب الوقاية من انتقال المرض عن طريق عمليات نقل الدم ، منع أولئك الذين ينخرطون فى السلوكيات المحفوفة بالخطر من التبرع بالدم ، وباختبار الدم الذى يتم التبرع به للأجسام المضادة للفيروس HIV. ويمكن أن تصبح منتجات الدم مأمونة باعتماد إجراءات التصنيع التى تضمن تدمير الفيروس . وتم تقليل عدوى الفيروس HIV عن طريق تعاطى المخدرات بالحقن الوريدى ، وذلك بالحد من إدمان المخدرات ، وبتسجيل متعاطيى المخدرات بالحقن الوريدى ضمن برامج علاجية، ثم بتوفير الإبر والمحاقن المعقمة للمدمنين الذين يرفضون العلاج.وعلى الرغم من أنه من

الممكن – نظريا– تقليل حدة الانتقال السلبى للفيروس من الأم إلى جنينها ، وذلك عن طريق التوليد بالشق القيصرى (cesarean section) ومنع الرضاعة الثديية ، إلا أن الشق القيصرى لا يزال يعتبر وسيلة وقائية غير موثوقة ،كما أنه حل غير عملى فى البلدان ذات الخدمات التوليدية المحدودة ؛ كما أن مخاطر التغذية الصناعية (formula feeding) بالنسبة للأطفال الذين يعيشون فى الأماكن التى لا تتوافر فيها المياه النقية ، تفوق بكثير ذلك الخطر الذى قد تحمله الرضاعة الثديية من انتقال الفيروس HIV.

ليس هناك ثمة علاج ضد الإيدز. وهناك بعض الأدوية التى تعطل تقدم المرض ، وأخرى تفيد فى مكافحة العداوى الثانوية (secondary infections) التى يمكن أن تكون مميتة ما لم تعالج. وتتسم هذه الأدوية بكونها مكلفة للغاية ، كما أنها غير متوافرة فى الكثير من بلدان العالم. وتحدد القوى الاجتماعية احتمالية الإصابة بعدوى الفيروس HIV ، والسرعة التى يتحول بها العدوى إلى مرض الإيدز الإكلينيكى ، ومدة الإصابة بالإيدز. وتنتشر العدوى بصورة واسعة فى البلدان الأفريقية الواقعة جنوبى الصحراء الكبرى ، كما أن ترقى (progression) المرض الإكلينيكى فى الأشخاص المصابين بالعدوى يحدث بصورة أسرع ، نظرا لتدنى المستويات الصحية بصورة عامة ، كما لا يتوافر العلاج سوى لقلة من المحظوظين. وعندما تصبح اللقاحات الواعدة متوافرة لاستخدامها فى تجارب علاجية واسعة النطاق ، فمن المرجح أن تكون البلدان ذات المعدلات المرتفعة لانتقال المرض محلا لهذه الدراسات ، نظرا لأن ارتفاع معدلات الإصابة بالمرض تجعل إظهار فعالية اللقاح أمرا ميسورا. وإذا أصبح الأمر كذلك ، فلابد من أن يتم توفير العلاج لأولئك الذين تطلب موافقتهم للمشاركة فى تجربة ستستفيد منها بقية أرجاء العالم ؛ وإذا كان اللقاح ناجحا، فلابد من توفيره بالمجان لأولئك المشاركين فى التجربة الذين اقتصر دورهم فيها على تناول العقار الزائف (placebo) ، وبأسعار فى متناول بقية المواطنين[٤٧].

نتج عن تنشيط (reactivation) العدوى الواسع المدى بالمتفطرة الدرنية (Mycobacterium tuberculosis) الكامنة ، فى الأشخاص المصابين بعدوى الفيروس HIV ، وباء متسارع من الدرن الذى انتشر أيضا إلى الأشخاص غير المصابين

جدول ١٠-٥ : العلامات المميزة للعدوى بفيروس العوز المناعى البشرى فى المناطق الجغرافية الرئيسية من العالم ...

العوامل	أمريكا ش.	غرب أوروبا	أمريكا ج.	أفريقيا ج. الصحراء	الكاريبى	المتوسط	ج.ش.آسيا
الطرق الرئيسية لانتقال فيروس العوز المناعى البشرى(HIV)...							
*الدم/منتجات الدم	L	L	M	M/L	L	L	M
*الرجال اللوطيين/ ثنائيي الجنس	H	M	M	M	L	L	H
*تعاطى المخدرات بالحقن	H	H	M	L	M	M/H	H
*مغايرى الجنس	M/L	M/L	M	H	H	L	M/H
*الحضر/الريف	١:٣,٢	١:٥	١:٢,٣	١:٣,٦	١:٣,٦	١:١٢	١:٦
*انتشار الفيروس HIV في عموم السكان	٢,٠ - ٠,٠٠٥	٢,٨ - ٠,٠٠٧	٠,٨ - ٠,٠٠٧	٧,٢ - ٠,٩	٢٠ - ٠,٥	٠,٥ - ٠,٠٠١	٠,٢٩ - ٠,٠١

H = مرتفع ، M = متوسط ، L = منخفض

المصدر : معدلة من Mann et al.,1992;20-21(AIDS in the World), reproduced with permission

بفيروس العوز المناعى البشرى . كان الدرن (TB) ، ولا يزال، أهم الأمراض البكتيرية فى العالم. وأصاب المرض نحو ١.٧ مليار إنسان ، منهم نحو ٤,٥ مليون من المصابين بالفيروس HIV. وعلى أية حال ، هناك تباينات محلية فى أنماط الإصابة بالمرض. ففى هايتى ، يصاب نصف مرضى الإيدز بالدرن كعدوى انتهازى أولى ؛ وقد يبلغ الانتشار المصلى (seroprevalence) لفيروس العوز المناعى البشرى معدلات مرتفعة قد تصل إلى ٤٠٪ من المرضى[٤٨].

تناقصت معدلات الإصابة بالدرن فى أوروبا وأمريكا الشمالية بصورة مطردة خلال الأعوام المائة والخمسين الماضية ، نتيجة لزيادة مقاومة العائل (host resistance) (والناتجة عن تحسن المستويات الصحية) ، والمساكن الأقل ازدحاما بالسكان ، ووسائل الصحة العامة لمكافحة المرض ، واستخدام المعالجة الكيميائية (chemotherapy)

خلال العقود القليلة الماضية. لكن منحنى المراضة الناجمة عن المرض اتجه لأعلى مرة أخرى فى منتصف الثمانينات ، واستمرت الزيادة طوال العقد الماضى . أما معدلات الإصابة بالمرض فى البلدان المنخفضة الدخل ، والتى ظلت مرتفعة دوما ، فقد تضاعفت خلال السنوات الخمسة الماضية فى الكثير من تلك البلدان . ويتفاعل كل من الإيدز والدرن بصورة تعاونية (synergistically): فلا يصبح الشخص المصاب بأيهما عرضة للإصابة بالآخر فحسب ، بل إنه يعانى من الإصابة بكليهما بصورة إكلينيكية أشد عندما يجتمع العدوى بالاثنين فى نفس الشخص. ويتعرض المصابون بالفيروس HIV لجراثيم الدرن المقاومة للعديد من الأدوية. ويصبح تشخيص الدرن أكثر صعوبة فى وجود الفيروس HIV ، وذلك لأن الاختبار القياسى للتشخيص ، وهو اختبار التبركلين (tuberculin test) ، كثيرا ما يعطى نتائج سلبية زائفة. وتنتشر الأنماط خارج الرئوية (extrapulmonary) من الدرن فى مثل أولئك الأشخاص ، كما أن صورة الأشعة السينية على الصدر تكون أقل مصداقية. ونظرا لأن العدوى بفيروس العوز المناعى البشرى يكون أكثر شدة فى حالات الإصابة بالدرن ، فقد تزيد المعالجة الكيميائية الوقائية (chemoprophylaxis) للدرن ، من الفترة المتوقعة للبقاء على قيد الحياة فى الأشخاص المصابين بنوعى العدوى معا[٤٩]. وفى هاييتى ، أدت المعالجة الوقائية بالأيزونيازيد (isoniazid) فى الأشخاص اللاأعراضيين المصابين بعدوى الفيروس HIV، إلى انخفاض معدلات الإصابة بالدرن ، كما أجلت بداية الأمراض المتعلقة بالفيروس HIV فى إحدى التجارب المضبوطة[٥٠]. ويعد كل من الإيدز والدرن من الأمراض الاجتماعية ، برغم الاختلافات فى سبل انتقال كل منهما .

إطار ١٠-٤: الفقر وخطر الإصابة بالدرن فى هايتى

يعيش جان دوبويسون (Dubuisson) فى قرية صغيرة واقعة فى السهل المركزى لهايتى ، حيث يقوم بزراعة قطعة صغيرة من الأرض. ويتشارك رجلنا فى منزله المكون من غرفتين مع زوجته وأطفالهما الثلاثة. وفى خريف عام ١٩٨٩ ، بدأت إصابة جان بالسعال. ولمدة أسبوعين ، أهمل الرجل سعاله المستمر ببساطة (فلم تكن هناك عيادة أو مستوصف فى قريته ولا فى المناطق المحيطة بها). وعندما بدا يتعرض للتعرق الليلى (night sweats) ،

ولفقدان الوزن، عمد إلى تناول أنواع الشاى المصنوعة من الأعشاب (herbal teas) ، والمعروفة بفعاليتها فى علاج "البرد". وفى شهر ديسمبر من العام نفسه ، ألمت بجان نوبة من نفث الدم (hemoptysis) ، مما دفعه للتوجه إلى أقرب عيادة لقريته الأصلية. ومقابل دفع دولارين، أعطى الرجل فيتامينات متعددة ، كما طلب الطبيب منه أن يتناول طعاما جيدا ، وأن يشرب المياه النقية ، وأن ينام فى غرفة مفتوحة بعيدا عن الآخرين ، وأن يتوجه للعلاج فى إحدى المستشفيات. ونظرا لافتقاره إلى النقود ، فلم يتمكن جان من تنفيذ أى من هذه النصائح .

بعد مرور شهرين على هذه الأحداث ، أدت نوبة ثانية – وشديدة – من نفث الدم ، إلى توجه جان إلى إحدى المستشفيات التابعة للكنيسة . ونظرا لأن سعاله كان لا يزال مستمرا، فقد تم حجزه فى أحد العنابر المفتوحة بالمستشفى ، حيث بقى هناك لمدة أسبوعين كاملين قبل أن يتم تحويله إلى إحدى مصحات الأمراض الصدرية. وأثناء وجوده بالمستشفى ، كان يطلب من جان دفع أربعة دولارات يوميا مقابل الإقامة وحدها ، كما كان يطلب منه دفع ثمن أية وصفات طبية يتم تحريرها له قبل أن يتم صرف العلاج. ولذلك ، فلم يتلق جان سوى أقل من نصف ما وصفه له الأطباء من دواء. ونظرا لأن المستشفى لم تكن توفر الطعام لنزلائها، كانت الوجبات الوحيدة التى تناولها جان ، هى تلك التى كانت تعدها زوجته. واستمر السعال على حاله، وكذلك العرق الليلى والنوبات المتقطعة من الحُمى. واستمر فقدان وزن جان ، واضطر للخروج من المستشفى عندما نفدت نقوده ، كما أنه لم يتوجه إلى مصحة الأمراض الصدرية .

تشير المشكلات الصحية الحالية التى يعانى منها جان إلى القوة التى للفقر فى عدم تمكن فقراء هايتى من التعافى من مثل هذه الأمراض. وعلى سبيل المثال ، فى حين يمكن شفاء أكثر من ٩٥٪ من جميع المصابين بالدرن ، فلا يتعافى كثيرون منهم بصورة كافية نتيجة لمحدودية مواردهم. وفى حقيقة الأمر ، أشارت إحدى الدراسات الحديثة التى أجريت فى هايتى ، إلى الكيفية التى يمكن بها للتغيرات الطفيفة وغير المكلفة فى حياة الفرد ، أن تؤدى لحدوث تحولات معتبرة فى حالته أو حالتها الصحية.

حقق مشروع Proje Veye Sante ، وهو برنامج صحى مجتمعى صغير تأسس عام ١٩٨٤، ويخدم مجتمعا من الفلاحين المقيمين حول أحد موارد المياه (reservoir) فى ريف هايتى ، قدرا كبيرا من النجاح فى تشخيص مرض الدرن ، لكن المشروع وجد أن اكتشاف الحالات الجديدة لا يؤدى بالضرورة إلى شفائها ، على الرغم من حقيقة أنه كان يتم دفع رسم مقداره

٨٠ سنتا أمريكيا لكل مريض يتم تشخيصه للإصابة بالدرن، كما أن جميع أدوية الدرن كانت تصرف بالمجان. ولذلك قام المسئولون فى عام ١٩٨٩ بإقامة برنامج لتطوير الخدمات المقدمة إلى خمسين مريضا بالدرن ، للتحقق من مدى تحسنهم مقارنة بخمسين مريضا آخرين لم يتلقوا تلك الرعاية الصحية الإضافية. وشارك مرضى "القطاع الأول"، وهو مستجمع للأمطار (catchment area) يحيط بمورد المياه ، فى برنامج علاجى يتكون من زيارات يومية يقوم بها العاملون الصحيون القرويون خلال الشهر التالى لتشخيص المرض. كان أولئك المرضى يتلقون مساعدة مالية قدرها ٣٠ دولارا شهريا خلال الأشهر الثلاثة الأولى على الأقل ، كما كانوا يتلقون أيضا إضافات غذائية. كان المرضى يتلقون أيضا تذكيرا شهريا من العامل الصحى فى قريتهم للتوجه إلى العيادة ، كما كان يتم دفع "نفقات السفر" (مثل استئجار حمار) – كمكافأة شرفية (honorarium) – بقيمة ٥ دولارات عند الوصول إلى العيادة. وعندما كان أحد مرضى "القطاع الأول" ينقطع عن زيارة العيادة ، كان أحد الأطباء أو الممرضات يقوم بزيارته فى منزله.

كان مرضى "القطاع الثانى" ، وهو مستجمع للأمطار يتكون من عدد أكبر من القرى والمدن الصغيرة الواقعة خلف مورد المياه ، يتلقون رعاية طبية مجانية بدورهم ، لكنهم لم يستفيدوا بنفس الخدمات المجتمعية الارتكاز والمساعدة المالية المقدمة لمرضى القطاع الأول. ولم يكن التباين فى متوسط أعمار المرضى (٤٢,٥ سنة) ونسبة الإصابة فى الجنسين (كانت نسبة النساء تبلغ نحو ٢ : ١) ، كبيرا بين المجموعتين.

جدول ١٠-٦ : خصائص الدرن فى القطاع الأول مقارنة بالقطاع الثانى

خصائص المرضى	القطاع الثانى (n =50)	القطاع الأول (n =50)
الوفاة نتيجة للدرن خلال ١٨ شهرا من التشخيص	١ (٢٪)	٦ (١٢٪)
إيجابية البلغم خلال ستة أشهر من بداية العلاج	٠	٩ (١٨٪)
بقاء الأعراض الرئوية بعد عام كامل من العلاج	٣ (٦٪)	٢١ (٤٢٪)
معدل اكتساب الوزن/المريض/السنة (بالأرطال)	٩,٨	١,٩
العودة للعمل بعد عامل كامل من العلاج	٤٦(٩٢٪)	٢٤ (٤٨٪)
البقيا لمدة عام كامل دون أعراض مرضية	٤٩ (٩٨٪)	٢٤ (٤٨٪)

المصدر : Paul Farmer , Dept. of Social Medicine, Harvard Medical School

كشفت مقارنة لنتائج العلاج فى المجموعتين عن وجود اختلافات مذهلة (انظر جدول ١٠-٦). وفى حين لم يمت سوى مريض واحد من القطاع الأول فى خلال العام الأول للتشخيص ، توفى ستة مرضى فى القطاع الثانى. ولم يكن بلغم (sputum) أى من مرضى القطاع الأول موجبا لعصيات الدرن خلال ستة أشهر من بداية المعالجة الكيميائية المضادة للدرن ، فى حين كان هناك تسعة مرضى موجبين فى القطاع الثانى بعد ستة أشهر من بداية العلاج. وقرر ثلاثة من مرضى القطاع الأول بقاء الأعراض الرئوية للمرض (مثل السعال ، ونفث الدم، وضيق التنفس) بعد مضى عام كامل من العلاج ، كما أصيب اثنان من أولئك المرضى بالربو (asthma) خلال فترة النقاهة. واستمر ٢١ من مرضى القطاع الثانى فى الشكوى من السعال أو غيره من الأعراض المتوافقة مع الدرن المعالَج جزئيا .

اكتسب مرضى القطاع الأول وزنا مقداره ٩,٨ أرطال فى المتوسط خلال العام الأول لتلقيهم للعلاج (وذلك لتعويض تقلبات الوزن المصاحبة للحمل) ؛ كما كان متوسط الوزن الذى اكتسبه مرضى القطاع الثانى ١,٩ رطلا للفرد سنويا. وبعد مضى عام كامل من العلاج ، قرر ٤٦ من مرضى القطاع الأول أنهم كانوا قادرين على العودة إلى مزاولة أعمالهم . أما فى القطاع الثانى ، لم يقدر على تقرير ذلك سوى أقل من نصف المرضى (٢٤ مريضا) – وهى من النتائج المهمة ، على اعتبار أن أغلب مرضى المجموعتين كانوا من الفلاحين أو البائعات فى الأسواق ، والذين تعتمد أسرهم فى بقائها على قدرتهم على تأدية الأعمال البدنية. و أدت إزالة معوقات "المطاوعة" (compliance) ، عند اقترانها بالعون المادى، إلى تحسن جذرى فى نتائج معالجة فقراء هايتى المصابين بالدرن .

تلقى هذه الحقيقة الضوء على محنة جان دوبيسون ، والذى طلب منه طبيبه الممارس أن يتناول طعاما جيدا ، وأن يشرب المياه النقية ، وأن ينام فى غرفة مفتوحة –بعيدا عن الآخرين – وأن يتوجه إلى المستشفى للعلاج ، لكنه "رفض" الذهاب إليها. وأهم نقطة هنا هى أنه قد طُلب منه أيضا أن يتوجه إلى المصحة الصدرية ، لكنه لم يفعل ذلك إلا بعد مضى شهرين كاملين. وفى نهاية الأمر، أُجبر جان دوبيسون على ترك موطنه من أجل أن يتمكن من الانخراط فى المشروع المجتمعى الارتكاز لمكافحة الدرن الموصوف أعلاه. ومع أنه قد

شفى ظاهريا من الدرن، يبقى الرجل معاقا بالمرض الرئوى (pulmonary invalid) حتى يومنا هذا . وعلى هذا ، يتأثر خطر الإصابة بالدرن ، وبدرجة كبيرة ، بالعوامل الاقتصادية. وإذا أريد أن تكون هناك برامج محلية فعالة لمكافحة الدرن ، فلابد لتلك البرامج من تناول تلك العوامل. والأكثر من ذلك أهمية ، أنه عندما يتعرض السلوك للتقييد الشديد بفعل القوى الاجتماعية ، كما كان الحال بالنسبة لجان دوبيسون ، ليس من الحكمة دائما أن نقوم بإدراج تلك القوى ضمن فئات شاملة ، مثل "العوامل السلوكية".

وبالفعل ، فلابد لجدول جديد للأعمال البحثية (research agenda) أن يحقق أكثر من التشديد على أهمية الوضع الاجتماعى- الاقتصادى للفرد. فعليها أن تسعى لتحديد تلك الآليات الدقيقة التى يمكن بها للقوى الواسعة المدى ، مثل الفقر، والعجز ، والتفرقة بين الجنسين ، أن تتمثل فى المرضى. ولابد لمثل تلك البحوث أن تعين ثقلا محددا لكل من العوامل الاجتماعية المتنوعة ، وأن تربط التباين فى معدلات انتشار أو تفشى الأمراض ، بالوضع الاجتماعى- الاقتصادى للمريض ، وجنسه ، وبعوامل متنوعة مثل التفرقة العنصرية ، والتحيز ضد النساء (sexism) ، والاضطرابات السياسية[٥١].

ويميل كل من المرضين لمهاجمة أكثر المجموعات السكانية حرمانا (disadvan- taged). ولا يعنى ذلك كون أفراد مجموعات النخبة غير معرضين للإصابة بالمرض ، لكنه بمقدور هؤلاء وقاية أنفسهم من المرض باجتناب التعرض للبيئات التى ترتفع فيها معدلات الخطر للإصابة بالمرض. أما الذين لا مورد لهم ، فيميلون لافتقاد مثل هذا الخيار (انظر إطار ١٠-٤).

يتمثل الهدف الأول لبرامج الوقاية من الفيروس HIV ، فى أفراد المجموعات المعرضة للخطر : كالعاهرات (sex workers) ، وسائقى سيارات النقل للمسافات الطويلة ، والجنود ، والمهاجرين ، ومدمنى المخدرات بالحقن الوريدى ، وموظفى الحكومة الذين يسافرون كثيرا . ولابد للتوعية الجنسية (sex education) أن تكون صريحة (explicit) وتصويرية (graphic) ، وبلغة ملائمة للجمهور المستهدف. ونظرا لأن السياحة الدولية تعد مصدرا رئيسيا للعدوى بفيروس العوز المناعى البشرى ، فمن

الضرورى توفير المعلومات الموجهة للسياح وأولئك الذين يتولون تقديم الخدمات لهم. وتضمن التعبيرات المخففة (euphemisms) فشل العمل ؛ فمن الضرورى أن يتم التصريح بما هو آمن فعله ، فى الوقت نفسه الذى يتم الإعلان فيه عما هو غير آمن. ويتسم الإقلاع عن سلوك اعتيادى ، خصوصا لو كان مرتبطا بالشعور بالمتعة ، بكونه صعبا على أقل تقدير ؛ ويكون ذلك شبه المستحيل لو لم تتوافر سبل بديلة للحصول على المتعة (أو سبل اكتساب العيش). ولابد من أن يتم توصيل الرسالة الإعلامية من قبل متحدث موثوق من نفس المجموعة التى لابد من تغيير سلوكها. ولابد أن يكون بمقدور أفراد المجموعة المستهدفة تنفيذ التغييرات المطلوبة منهم. وينتشر الشعار المناهض للإيدز فى أوغندا – إيقاف انحراف الأزواج "Zero Graze" – انتشارا واسعا فى وسائل الإعلام المختلفة ، كما تفهمه النساء بصورة واسعة ، لكن المرأة تبقى معرضة لخطر كبير للإصابة بالمرض عندما لا تستطيع النساء التحكم فى "انحراف سلوك" أزواجهن ولا يستطعن منعهم من معاشرتهن جنسيا. وتمثل المحافظة على التغير الحادث ، بمجرد حدوثه ، تحديا لا يقل أهمية عن سابقه. وتحتاج الرسالة الإعلامية للممارسة الجنسية المأمونة (safe sex) إلى تعزيز متواصل .

ويعد الاستقصاء (screening) الإجبارى والذى يشمل جميع المواطنين ، سياسة عمومية فاشلة[٥٢]. وفى المناطق التى ينخفض فيها التفشى المصلى (seroprevalence) للمرض ، تزيد نسبة الاختبارات الإيجابية الكاذبة (false +ve) عن تلك الإيجابية الفعلية. ولابد من وجود جهاز للشرطة يتميز بالتطفل وارتفاع نفقات تشغيله من أجل ضمان المطاوعة. وسيكون الأشخاص الذين يخشون كونهم إيجابيين للفيروس HIV هم أكثر الناس اجتنابا للخضوع للاختبار ضمن نظام حكومى ، خوفا من أن يتعرضوا للوصم ، فى حين يسعى كثير من الناس حاليا للحصول على المعلومات المفيدة لهم إذا ضمنوا سرية الحصول عليها.

ونظرا لأن التغيرات السلوكية المطلوبة لإيقاف الوباء تتطلب مواجهة الجدل (con- troversy) المرتبط بالسلوك الجنسى وذلك المتعلق بتعاطى المخدرات ، تؤجل الحكومات تنفيذ التدخلات الواسعة النطاق ، أملا منها فى ظهور لقاح فعال – بصورة سحرية –

للسيطرة على المرض. ومهما كانت المنظورات (prospects) البعيدة المدى (وهى غير مشجعة ، على أية حال ، نظرا للقدرة العالية التى يمتلكها الفيروس على إحداث الطفرات فى تركيبه ، وعلى دمج نفسه فى الجهاز الجينى للخلايا المصابة) ، فلا يلوح هناك ثمة لقاح فعال على أفق المدى القريب. وستستغرق التجارب اللازمة لتحديد فعالية اللقاح الجديد – عند اكتشافه – من ثلاث إلى خمس سنوات بمفردها. ويعد بناء السياسات العمومية على توقع أن لقاحا ما ، سينفى الحاجة إلى مواجهة الجدل ، أمرا يتسم بقصر النظر. وتبلغ عدد حالات الإيدز فى تايلاند ، والتى كانت معدلات الإصابة بالمرض فيها منخفضة منذ سنوات قلائل ، نحو ٤٠٠.٠٠٠ حالة ، كما يستمر الوباء فى التفاقم. وتبقى الاعتراضات الدينية على المناقشة العامة للأمور المتعلقة بالجنس ، وإنكار وجود "سياحة الجنس" مع أنها واسعة الانتشار ، وعدم كفاية الخدمات العلاجية لمدمنى المخدرات بالحقن الوريدى ، والتردد السياسى فى تقديم الواقيات الذكرية والمحاقن المعقمة ، على حالها فى جميع أنحاء العالم ، على الرغم من وباء العدوى بفيروس العوز المناعى البشرى. وبحلول عام ٢٠٠٠، تتوقع منظمة الصحة العالمية أن يبلغ عدد الذين أصابهم وباء فيروس العوز المناعى البشرى إلى ٣٨ مليونا على الأقل ، بل إن ذلك العدد قد يصل إلى ١٠٠ مليون نسمة ، وذلك مالم تطبق إجراءات الصحة العامة الملائمة بالقوة على الفور (انظر جدول ١٠–٧).

مكافحة المرض وحقوق الإنسان

يجب أن تشتمل برامج الصحة العامة التى تتضمن مكافحة العدوى بفيروس العوز المناعى البشرى على ثلاثة مكونات رئيسية: وهى المعلومات المعدلة للتوافق مع حاجات المجموعة السكانية المستهدفة ؛ والخدمات الصحية الاجتماعية التى ترتبط ارتباطا وثيقا بالرسالة الصحية ، مثل خدمات المشورة ، والتطوع لاختبار إيجابية الفيروس ، والمعالجة الدوائية ، وتوفير الواقيات الذكرية ؛ وتقديم سبل الدعم الاجتماعى والحماية القانونية لمكافحة التحيز ضد الأشخاص المصابين بالعدوى. وكما يشير جوناثان مان (Mann) ، فقد أصبح مبرر الصحة العامة لحماية الصحة العامة والكرامة الإنسانية ،

مثبتا لذاته من خلال تجارب التى اشتملت عليها محاولة السيطرة على الوباء[٥٣].

تتأثر قابلية المجموعات السكانية لانتشار فيروس العوز المناعى البشرى ، بصورة قوية ، بطبيعة ، ومدى ، وشدة ، التفرقة الموجودة داخل مجتمعاتها. وتعتمد قدرة الناس على التعلم عن الإيدز والاستجابة له على الدور

جدول ١٠-٧ : تقديرات المعدلات التراكمية لعدوى الفيروس HIV فى البالغين ، حسب المناطق الجغرافية ، بحلول عام ٢٠٠٠

المنطقة الجغرافية	التقديرات	
	منخفضة	مرتفعة
أمريكا الشمالية	١.٨٠٠.٠٠٠	٨.١٥٠.٠٠٠
أوروبا الغربية	١.٢٠٠.٠٠٠	٢.٢٣٠.٠٠٠
أوقيانوسيا	٢٢.٠٠٠	٤٥.٠٠٠
أمريكا اللاتينية	١.٦٠٠.٠٠٠	٨.٥٥٠.٠٠٠
أفريقيا جنوبى الصحراء الكبرى	٢٠.٨٠٠.٠٠٠	٣٣.٦٠٠.٠٠٠
دول الكاريبى	٥٤٠.٠٠٠	٧.٠٠٠.٠٠٠
شرق أوروبا	٢٠.٠٠٠	٢.٠٠٠
جنوب شرق المتوسط	٨٩٠.٠٠٠	٣.٥٣٠.٠٠٠
شمال شرق آسيا	٦.٠٠٠	٤٩٠.٠٠٠
جنوب شرق آسيا	١١.٣٠٠.٠٠٠	٤٥.٠٠٠.٠٠٠
العدد الإجمالى	١٠٨.٠٠٠.٠٠٠	٣٨.١٠٠.٠٠٠

المصدر: معدلة من Mann et al.,1992:107(AIDS in the World, Harvard Univ. .Press)

والوضع الاجتماعى لكل منهم . ويزدهر الوباء الشامل (pandemic) لفيروس العوز المناعى البشرى حيثما أعيقت قدرة المرء على التعلم والاستجابة ، بانتمائه إلى مجموعة هامشية (marginalized group).

فى عام ١٩٤٨، اعتمدت الدول "الإعلان العالمى لحقوق الإنسان" كمجموعة أساسية من القيم والأخلاقيات(٥٤). ولهذا للإعلان خمس سمات مميزة : أولا ؛ تلازم (inhere) حقوق الإنسان البشر ، ببساطة ، لأنهم من بنى الإنسان، ولذلك فإن هذه الحقوق تتسم بكونها غير قابلة للتحويل (inalienable). ثانيا؛ أن هذه الحقوق حقوق عالمية (universal) ، بحيث تنطبق بصورة متساوية على جميع البشر ، دون اعتبار للوقت أو المكان. ثالثا ؛ تعد هذه حقوقا خاصة بالأفراد ، لذا فلابد على المجتمعات أن تلبى المطالب الناجمة عن تلك الحقوق . رابعا؛ لا يجوز ، بصورة عامة ، انتهاك حقوق الإنسان . خامسا ؛ تعد حقوق الإنسان من الاهتمامات الشرعية لجميع الشعوب ، دون اعتبار للسيادة (sovereignty) الوطنية .

ولكل من الحقوق المذكورة فى الإعلان تأثير مهم على الصحة ، بما فيها الحقوق المدنية والسياسية (مثل حق المواطن فى التمتع بالأمن ، والخصوصية ، والمحاكمة العادلة ، والحماية من التعذيب والاعتقال التعسفى) ، والحقوق الاقتصادية والاجتماعية (مثل حق المواطن فى الحصول على أعلى المستويات الصحية الممكنة ، وعلى العمل ، والضمان الاجتماعى ، والمسكن الملائم ، وعلى التعليم).

من أجل فهم الارتباط بين الصحة وبين حقوق الإنسان ، نحتاج لوضع بعض التعريفات الصحية الرئيسية. وحسب منظمة الصحة العالمية ، تعرّف الصحة على أنها : " حالة من العافية البدنية ، والعقلية ، والاجتماعية الكاملة ". كما تضمن الصحة العامة " تحقيق الظروف التى يمكن أن يتمتع فيها الناس بالصحة ". وبدمج التعريفين معا ، تسعى الصحة العامة لتحقيق الظروف التى يمكن أن يحقق الناس من خلالها العافية البدنية، والعقلية ، والاجتماعية . ويمكن أن تستخدم الصحة العامة كذريعة للانحراف عن حقوق الإنسان. ويستمد هذا الوضع الاستثنائى أصوله من تاريخ مكافحة الأمراض السارية التقليدية ، والذى اعتمد على المحاجر الصحية (quarantines) فى إيقاف انتشار الأوبئة.

وعلى الرغم من ذلك ، تعنى الصحة العامة الحديثة بصورة أساسية بالسلوك - الفردى والجماعى - الذى يظهر نفسه فى صورة مشكلات مثل تعاطى وإدمان الطباق ،

والكحول، وغيرهما من المواد ، والإصابات ، وإساءة معاملة الأطفال ، والأمراض القلبية الوعائية ، والعنف الجماعى ، والأمراض المنقولة جنسيا، وحالات الحمل غير المرغوب فيها. وفى هذه الأطر، كثيرا ما يكشف التحليل المعتنى بالسياسات والبرامج القائمة ، عن عدم احترام حقوق الإنسان ، وعن وجود تفرقة خفية فى الطريقة التى يتم بها إعداد السياسات ، وتصميمها، ومن ثم تنفيذها .

وفى الوقت نفسه ، فلانتهاكات حقوق الإنسان تأثيرات صحية بدورها. ومن الواضح أن ضحايا التعذيب والسَجن تحت ظروف لا إنسانية يعانون من تأثيرات صحية شديدة ، وكذلك يفعل المدنيون الذين تنتهك حقوقهم فى البقاء على الحياد (rights of neutrality) خلال الصراعات المسلحة. وكم من حالات السرطان التى يمكن منع حدوثها ، والتى تنتج عن تسويق منتجات الطباق – فى الحين الذى تنتهك فيه حقوق الناس فى الحصول على المعلومات المتعلقة بالتأثيرات الخطيرة للتدخين ؟ وما هو عدد الأطفال الذين ماتوا نتيجة لانتهاك حقهم فى الحصول على التعليم ؟ وما هى التكلفة الصحية لانتهاك حقوق الطفل فى الحماية من الاستغلال الاقتصادى ، ومن تأدية الأعمال المحفوفة بالمخاطر؟

وباختصار ، فإن المحاربة من أجل حقوق الإنسان وكرامة جميع البشر ، تعد شرطا أساسيا من أجل تحسين مستويات الصحة العامة .

الإصابات غير المتعمدة (Non-intentional Injuries)

يشير العنف غير المتعمد إلى الإصابات والوفيات المتعلقة بحوادث المركبات الآلية (وهى أكبر الأسباب المنفردة) ، والتسمم (poisoning) ، وحوادث السقوط، والحرائق، والغرق ، والإصابات المهنية (occupational). وفى التسمية الدارجة ، تسمى الإصابات غير المتعمدة بال"حوادث". ويعنى هذا ، بصورة ضمنية ، أنها عشوائية ، وغير متوقعة ، وأنه لا يمكن منع وقوعها. وحقيقة الأمر أن الإصابات غير المتعمدة تظهر

نظامية إحصائية ملحوظة ؛ إذ يرجع أغلبها إلى أسباب محددة ومن الممكن منعها. ولذلك، فلابد من أن تُسقط كلمة " الحوادث " من معجم تعاريف الصحة العامة .

تعد حوادث المركبات الآلية من الأسباب الرئيسية لوفيات البالغين فى بلدان العالم " النامى " ، فتسبب نحو ٥٠٠,٠٠٠ حالة وفاة سنويا ، وعددا مماثلا من الإعاقات المستديمة ، و٢,٥ مليون حالة دخول إلى المستشفيات. وفى أمريكا الشمالية وأوروبا ، تبلغ معدلات الوفاة نتيجة لحوادث المركبات الآلية أقصاها بين الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عاما ، أما فى البلدان " النامية " ، فتبلغ تلك المعدلات أقصاها بعد سن الخامسة والعشرين ، نظرا للفروق الموجودة فى أنماط امتلاك السيارات والسفر. وتشير البيانات الواردة من الهند لعام ١٩٨٦، إلى أن واحدة من كل خمس وفيات للذكور ، وواحدة من كل وفيات للإناث ، فى المجموعة العمرية بين ١٥-٥٤ عاما ، ناتجة عن العنف ؛ ومن بين الإصابات غير المتعمدة فى الرجال، كان نصفها يرجع إلى حوادث المركبات الآلية . وتم تقرير معدلات مماثلة فى إحدى المناطق الريفية الكينية (ماتشاكوس) ، حيث كانت واحدة من بين كل ست وفيات من جميع الأسباب ناتجة عن الإصابة. وتُظهر البيانات الواردة من الصين ، والمعتمدة على مناطق خاصة للاستقصاءات، أن ٣٨٪ للذكور ، و٣٥٪ للإناث ، من سنوات الحياة البالغة المحتملة الفقد و المعايرة عُمريا (age-standardized adult years of potential life lost) ، كانت ناجمة عن الإصابة . وبالنسبة للنساء ، تزداد معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابة ، فى حين تنخفض فيه معدلات الوفيات الكلية للنساء[٥٥]. ويقع الخلاف الرئيسى فى مجال الوقاية من الإصابة ، بين أولئك الذين يؤيدون التدخل من أجل جعل البيئة " أمنة من القصور" (fail-safe) ، فى مواجهة الخطأ البشرى الحتمى ، مقابل أولئك الذين يؤيدون تقليل المشاركة البشرية فى إحداث الإصابة ، وذلك بتعديل السلوك. ويطالب مؤيدو الموقف الأول بأنه ، لمنع الحوادث الناجمة عن المركبات الآلية ، فلابد من إنشاء طرق سريعة (highways) أكثر اتساعا، مع وجود أشرطة فاصلة وسطى ، ومن تحسين الإضاءة وسبل صيانة أسطح الطرق السريعة ، وباعتماد طرق أكثر أمانا فى بناء السيارات مع عجلات قيادة قابلة للانطواء (collapsible)وأكياس هوائية (airbags) إجبارية ، وهكذا. أما مؤيدو الموقف الثانى ، فيطالبون بتوعية السائقين ،

وتخفيض الحد الأقصى للسرعة على الطرقات السريعة ، مع فرض هذه السرعات بصورة صارمة ، وبسن القوانين التى تلزم سائقى الدراجات البخارية بارتداء الخوذات الواقية ، وفرض عقوبات رادعة على قيادة المخمورين ، وهكذا. وليس هناك ، بطبيعة الحال ، أى تعارض بين هذين الموقفين ؛ لكن أكثر المساعى تعقلا هو التحرك على كل من الجبهتين بأسرع ما يمكن. وفى الولايات المتحدة ، أثبت تقليل الحد الأقصى للسرعة على الطرقات السريعة من ٦٥ إلى ٥٥ ميلا فى الساعة (والذى لم تفرضه اعتبارات الأمان ، بل الحاجة للاقتصاد فى استهلاك الوقود عندما ارتفعت أسعار النفط التى تصدره الدول الأعضاء فى منظمة "أوبك"بصورة حادة) ، أنه أكثر إجراءات الصحة العامة المنفردة التى ظهرت خلال السبعينات فعالية. وفى الكثير من المجتمعات الفقيرة ، تبلغ حالة الطرق حدا مزريا من السوء ، كما لا تتم صيانة المركبات بصورة ملائمة نظرا للافتقار إلى الموارد المالية ، كما أن سائقى سيارات الأجرة وسائقى الشاحنات البعيدة المدى يقودون سياراتهم وهم محرومون من النوم نظرا لأنهم يعملون لساعات طويلة يوميا. وتعد كل هذه العوامل من الأسباب التى " يمكن منع وقوعها " لمنع اصطدام المركبات الآلية ، ولكن ذلك يمكن أن يحدث فقط إذا توفرت الموارد المالية الكافية .

ومع ازدياد استخدام المبيدات الحشرية (pesticides) ، يتزايد خطر التعرض للتسمم بصورة مطردة : بين أولئك الذين يقومون بخلط ونثر (spray) المبيدات الحشرية ، وأولئك المعرضين لتيارات المبيدات المنثورة ، والذين يتناولون الأطعمة الملوثة، والذين يتناولون المبيدات الحشرية بقصد الانتحار (وهى وسيلة للانتحار تزداد شيوعا فى البلدان المعتمدة على الزراعة). ويقدر عدد محاولات الانتحار باستخدام المبيدات الحشرية بمليونى حالة ، وعدد حالات الانتحار المكتملة بمائتى ألف حالة[٥٦]. ويمكن للأطفال الذين يمكنهم التواصل بالكيماويات من أى نوع فى المنزل ، أن يبتلعوا تلك المواد ومن ثم يتعرضوا للإصابة الشديدة أو الموت . ويمكن تقليل هذا الخطر بصورة فعالة عن طريق تخزين المواد الكيميائية فى أماكن آمنة ، وبفرض وضع أغطية عبوات الكيماويات الضرورية للاستخدام المنزلى، والواقية من عبث الأطفال (child proof) ، وبالمراقبة الملائمة للأطفال من قبل البالغين ، وهى إجراءات لا يمكن تطبيق أغلبها تحت

ظروف الفقر المدقع . ويقدر عدد حالات الوفيات فى أماكن العمل فى مجالات الزراعة ، والبناء والتشييد ، والنقل ، والتعدين ، والصناعة، على أنه يبلغ فى الدول " النامية " عشرة أضعاف مثيله فى البلدان الصناعية. ويقترب عدد إصابات العمل السنوية المؤدية للإعاقة (أكثر من ثلاثة ملايين حالة سنويا) ، من عدد الحالات الجديدة للإصابة بالدرن. وتشتمل الأخطار المصاحبة لمهنة الفلاحة على حوادث السقوط ، والتعرض للمبيدات ، والحوادث الناجمة عن الجرارات (tractors) وآلات الحصاد ، والغرق. وفى مجال الصناعة ، تضم المخاطر التى يتعرض لها العمال ؛ التعرض للرصاص (Lead) ، والمذيبات العضوية ، والمواد الكاوية والسليكا ، ولغبار الأسبستوس. وتفتقر العديد من البلدان لإجراءات السلامة المهنية ، وللقوانين التى تفرض على أصحاب الأعمال الالتزام بقواعد السلامة المهنية . وحتى عندما يتم توفير معدات السلامة للعمال (النظارات الواقية ، والأقنعة ، إلخ.) ، فقد لا تُستخدم نتيجة لعدم وجود التوعية الكافية فيما يتعلق بالاستخدام الأمثل لتلك المعدات ، وبأهميتها فى المحافظة على الصحة. وكثيرا ما يكون ارتداء معدات السلامة غير مريح للفرد ، وإذا كان استخدامها يبطئ من سرعة العمل،فسيكون ذلك من المثبطات الرئيسية لاستخدامها من قبل العمال الذين يتم دفع أجورهم حسب الإنتاج. ومن الضرورى وجود مشاركة نشطة من قبل العمال فى تصميم هذه المعدات ، وتدريبهم على استخدامها ، من أجل نجاح برامج الصحة والسلامة فى مواقع العمل .

إطار ١٠-٥ : لا يكفى أن نحذر العمال

قام أحد الأخصائيين من منظمة عموم الأمريكتين للصحة (PAHO) ، كجزء من دراسته لبيئات العمل فى المناطق الصناعية المحيطة بمدينة مكسيكو سيتى ، بمراقبة أحد مصانع إنتاج الأسبستوس. كانت ظروف العمل متردية ، كما كان الجو ملوثا بالسحب المكونة من غبار الأسبستوس ، لدرجة لم تعد معها حاجة هناك لاستخدام معدات اختبار

معقدة للتعرف على المخاطر التى تكتنف المكان. باءت محاولات الرجل لإقناع الإدارة بتغيير إجراءات التشغيل بالفشل ، كما اكتشف أنه ليس هناك ثمة قوانين للسلامة المهنية تحكم الموقف الخطير الذى تعرّف عليه. وبالإضافة إلى ذلك، فلم يكن اهتمام مسئولى نقابات العمال بأكثر من اهتمام الإدارة بتغيير ظروف العمل نظرا للتهديد بفقد العمال لوظائفهم.

فى مؤتمر للعمال تم الإعداد له على عجل ، شرح اختصاصى أمراض الرئة بأكثر ما وسعه من قوة ، مخاطر الإصابة بسرطان الرئة ، وورم المتوسطة (mesothelioma) ، وأمراض الرئة الانسدادية ، والتى تنتج عن التعرض الطويل المدى لمثل هذه التركيزات المرتفعة من الأسبستوس. وعندما أعلن الرجل استعداده للرد على الأسئلة ، قوبل بالصمت لفترة طويلة. وبعد تردد طويل ، وقف أحد العمال وسأل الطبيب عن الوقت الذى يستغرقه المرء قبل أن يموت متأثرا بمرضه الرئوى ، فأعلن الزائر أن تلك الفترة قد تقصر حتى عشر سنين ، وقد تطول حتى ثلاثين سنة . وبعد ذلك ، سأل العامل الطبيب عما إذا كان يعرف كم يستغرقه الأمر لكى يموت نتيجة للمخمصة (starvation) إذا استقال من وظيفته أو طرد منها ، فى بلدة لا تتوافر فيها أية سبل أخرى لاكتساب لقمة العيش.

وعلى الرغم من أنه لابد من إلزام أصحاب الأعمال بتوعية العمال عن المخاطر الصحية المتعلقة بمهنتهم ، كأمر تشتمل عليه قوانين السلامة المهنية ، فستكون هذه المعلومات غير ذات قيمة إذا لم يكن أمام العمال أى سبيل آخر لاكتساب لقمة العيش. ولابد للمجتمع من اتخاذ القرار بشأن قدر الخطر المسموح بأن يتعرض له العمال من أجل تلبية احتياجات المجتمع . وتظهر مثل هذه القضايا فيما يتعلق بالتعدين، وصناعة الأخشاب ، ومراكز الطاقة النووية ، وعمليات التصنيع التى تستخدم فيها المواد السامة ، وما إليها(٥٧).

سلوكيات الصحة والمرض

إن السلوكيات المعزِّزة للصحة هى سلوكيات يتم تطبيقها عندما يكون المرء متمتعا بالعافية ، من أجل أن يحافظ على صحته ويقى نفسه من الإصابة بالمرض فى المستقبل. وتتوافق بعض الممارسات العلاجية الشعبية ، بصورة كاملة، مع المعرفة العلمية الغربية؛ بينما قد تجلب بعض الممارسات الأخرى تطمينا زائفا ، فتؤدى للإضرار بالصحة. ومن أمثلة النوع الأول ، نجد العادات التغذوية التى تضمن نموا صحيا للأطفال. وبمرور الوقت ، طورت الثقافات المختلفة أمزجتها (mixtures)

الخاصة للبروتينات التكميلية : ففي بلدان الشرق الأوسط ، يتم تناول الخبز الأبيض الذى يفتقر إلى الليسين (lysine) مع الجبن، والذى يحتوى على كميات كبيرة من الليسين ؛ أما فى المكسيك ، تتم معالجة الذرة بالمياه الكلسية (limewate r) أثناء تحضير الطعام ، وهى عملية تؤدى إلى تحرير مادة النياسين (niacin) الضرورية ، والتى تكون غير متاحة بيولوجيا ما لم تتم هذه المعالجة . ومن أمثلة السلوكيات الضارة بالصحة التى تحظى بالتقديس الثقافى (culturally-sanctioned) ، نجد استهلاك القوت المحتوى على كميات مرتفعة من الملح (نظرا لكونه تقليديا) من قبل الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم، والذين يعتبر فيهم هذا القوت ساما .

فى الكثير من أمراض المناطق المدارية (tropical diseases) ، يمثل السلوك ارتباطا رئيسيا فى السلسلة السببية للمرض. وتتم الإصابة بالبلهارسيا (schistoso-miasis) عندما تخترق المراحل اليرقانية (larval) للكائن الحى المُمرِض جلد الأشخاص الذين يقفون فى المياه الملوثة . وينتفى خطر العدوى ، بطبيعة الحال ، بالابتعاد تماما عن قنوات الرى ، والأنهار ، والبحيرات. لكن ذلك يصبح مستحيلا بالنسبة للصيادين ، والفلاحين ، والنسوة اللاتى يقمن بغسل الملابس ، والأطفال الذين يبحثون عن تلطيف لحرارة الجو بالسباحة فى هذه المياه. وعلى أية حال ، يتميز إيقاع الأربع والعشرين ساعة الذى يتحكم فى دورة حياة الطفيلى ، بكون إطلاق الذوانب (cercaria) السابحة يبلغ أقصى معدلاته ما بين الساعة العاشرة صباحا والثالثة عصرا . ويقل خطر العدوى بالنسبة للبشر الذين ينزلون إلى المياه الملوثة فى غير تلك الساعات[٥٨].

تنتج الملاريا (malaria) عن طفيلى ينتقل عبر لدغات البعوض ؛ ومع ذلك فإن الاستخدام المنتظم للشبكات المغطية للأسرة ، والمشبعة بالمبيدات الحشرية من نوع البيريثرويد (pyrethroid) ، يمكن أن يقلل بصورة ملحوظة من احتمالية الإصابة بالملاريا . وعلى الرغم من أن هذه الوسيلة قد أثبتت نجاحها فى كل من الصين وأفريقيا ، يبقى استخدامها محدودا برغم انخفاض تكلفتها . فاستخدام الشبكات (الناموسيات) غير مريح فى الأجواء الحارة ، كما يتوجب تثبيتها جيدا قبل النوم . ويكتسب سكان المناطق الموبوءة بالملاريا قدرا من المناعة البيولوجية النسبية ضد الطفيلى ، بينما

تتعرض المجموعات السكانية غير المحمية والتى لم تتعرض للعدوى من قبل لخطر كبير للعدوى.وانتقل العمال البرازيليون من المناطق المختلفة فى البلد إلى منطقة الأمازون نتيجة لتشجيع سياسات الحكومة الاقتصادية ، ونتج عن ذلك تفجر فى عدد حالات الإصابة بالملاريا(٥٩). وبدون الإجراءات الصحية الوقائية الملائمة للبيئة الجديدة ، يمكن أن تتسبب هجرة السكان فى حدوث أوبئة مرضية .

وتعد اللقاحات المضادة للعداوى الرئيسية للطفولة المشتملة فى البرنامج الموسع للتطعيم التابع لمنظمة الصحة العالمية (مثل الحصبة ، والدفتريا ، والسعال الديكى ، والتيتانوس ، والدرن ، وشلل الأطفال) أكثر التقانات البيو - طبية للمحافظة على الصحة فعالية. ويمكن التوسع فى البرنامج ليشمل التطعيم ضد فيروس الإنفلونزا البائى (hemophilus B) ، والعدوى بالمكورة الرئوية (pneumococcus) ، والتهاب الكبد البائى ، حيثما دعت الحاجة إلى ذلك. ويمكن أن يقترن البرنامج بإضافات الفيتامين "أ" ، واليود (فى المناطق التى يتوطن فيها نقص أيهما) ، وطاردات الديدان (anthelmenthics) (حيثما يشيع الاحتشار بالديدان الطفيلية). وتتميز نسبة الفائدة إلى التكلفة بكونها مرتفعة للغاية. وفى العام ١٩٧٠، لم يحصل على التطعيم سوى أقل من ٥٪ من الأطفال فى أغلب البلدان " النامية ". أما اليوم ، فتشمل نسبة التغطية نحو ٨٠٪ . ويبدو أن التهاب سنجابية النخاع (شلل الأطفال) ، على سبيل

إطار ١٠-٦ : مرض التنينات (Dracunculiasis)

يعد مرض الدودة الغينية (مرض التنينات) احتشارا (infestation) طفيليا بشريا ينتج عن شرب المياه الملوثة بالجوادف (cyclops) ، وهى من القشريات المائية (aquatic crustaceons) التى تعمل كعائل وسيط لليرقات التى تنتجها دودة غينيا (guinea worm). وتنمو الدودة الأنثى البالغة حتى يبلغ طولها ٢٠-٥٠بوصة (٥٠-١٢٥ سم) داخل العائل البشرى. وعندئذ تخترق اللحم وصولا إلى الجلد المغطى للقدم ، حيث تتكون نفطة (blister). ويؤدى انفجار النفطة إلى انطلاق جيل جديد من اليرقات (larvae). وإذا دلفت تلك اليرقات إلى مياه محتوية على الجوادف ، تتكرر الدورة مجددا عندما يشرب شخص آخر من الماء

الملوث. يتسم مرض التنينات بكونه مؤلما ومرهقا ، ولكنه غير مميت. ويمكن الوقاية منه تماما بترشيح المياه ، من أجل إزالة الجوادف، قبل شربها ، ويمنع الأشخاص المصابين بالعدوى من تلويث موارد المياه .

فى عام ١٩٨٨ ، بدا الرئيس الغينى حملة للصحة العامة ضد هذا المرض. وتشكك كثيرون فى إمكانية نجاح الحملة. وعلى أية حال ، فقد انخفضت معدلات انتشار المرض بنسبة ٣٠٪ فى العام الأول للمشروع. وبعد مضى أربعة سنوات ، انخفض عدد حالات الإصابة بالمرض فى غانا من ١٨٠,٠٠٠ إلى ٣٠,٠٠٠ حالة فقط. وتم تحقيق قدر ملحوظ من التغير السلوكى من خلال " كادر " ملتزم من العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية الذين تولوا توعية القرويين بكيفية تغيير طريقة معالجة المياه. وكإجراء إضافى ، وفرت الحكومة تدريبا للعاملين الصحيين على إجراء الجراحات الصغرى لاستخراج الديدان من أرجل المرضى ، بدلا من انتظار قيام الدودة الناضجة بشق طريقها خلال جلد المريض[٦٠].

المثال ، قد تم القضاء عليه فى أمريكا اللاتينية. وعلى العكس من ذلك ، فقد حققت الكثير من البلدان الفقيرة المتعاونة مع البرنامج الموسع للتطعيم (EPI) معدلات للتطعيم فى الأطفال قبل سن المدرسة ، أعلى من مثيلاتها فى الولايات المتحدة[٦١].

وعلى أية حال ، فهناك جانب مظلم للتطعيم ؛ ففى بعض الحالات ، تم جمع سكان إحدى القرى عن بكرة أبيهم ، وأجبروا على تلقى التطعيم برغم اعتراضهم على ذلك ، سواء كانت تلك دينية أم سياسية. وقد حدث ذلك ، على ما يبدو، خلال حملة منظمة الصحة العالمية التى حققت نجاحا باهرا لاستئصال مرض الجدرى (smallpox) ، وخلال الموجات المتتالية للبرنامج الموسع للتطعيم[٦٢]. وإذا كان الحصول على موافقة المواطنين على الخضوع للتدخلات الصحية فى بعض البلدان يعتبر مسألة مبدئية ، فيجب ألا تطبق الوسائل التى تتسم بالعنف ضد السكان فى القرى النائية. وفى الولايات المتحدة ، يعتبر التطعيم شرطا أساسيا لقبول الأطفال فى المدارس (والذى هو أمر إجبارى) ، لكن الأشخاص الذين يمتلكون اعتراضات دينية على التطعيم يمكنهم رفع دعوى قضائية للإعفاء من هذا الشرط الإلزامى .

سلوك المرض (Illness Behavior)

يمثل سلوك المرض تلك المجموعة من الأنشطة والمعانى التى يظهرها الأشخاص ، والأسر ، والمجتمعات ، عندما تُدرك التغيرات الجسدية (الألم ، أو انقطاع النفس ، أو الطفح الجلدى ، أو التعب) ، على أنها أعراض للمرض. وتبدأ العملية عندما يفسر الشخص الذى يستشعر هذه الأعراض ما ألم به على أنه (أو على أنها) مريض ويبدأ فى البحث عن علاج لها. ويمكن طلب المساعدة أولا من الأسرة ، أو الأصدقاء ، ثم من المعالجين التقليديين أو المتخصصين فى مرحلة لاحقة. وإذا كان المرضى من الأطفال ، تعد أمهاتهم مقدمات الرعاية الرئيسيات ، كما يقمن باتخاذ القرارات المتعلقة بطلب المعونة الخارجية. ويعد هذا من أسباب كون صحة الأطفال تتناسب طرديا مع عدد سنوات التعليم التى تلقتها أمهاتهم. ويعتمد اتخاذ قرار استشارة المعالجين على مدى إدراك النوبة المرضية على أنها مهددة للحياة ، وعلى سهولة الوصول إلى المعالجين ، وتكلفة الحصول على خدماتهم ، ومدى الوثوق بقدرتهم العلاجية ، وعلى سمعة المعالج ، وعلى المعانى الثقافية المحلية[٦٣].

وبالنسبة لأسرة من الفلاحين ، قد تكون " الرعاية المجانية " فى إحدى العيادات الحكومية مكلفة ، نظرا لأنها تتطلب صرف الكثير من الوقت فى الانتقال وفى الانتظار لاصطحاب أحد أفراد الأسرة إلى العيادة. وحتى عن طلب العلاج البيو - طبى ، فمن الممكن ألا تتم الزيارة إلى العيادة إذا كان العاملون بالعيادة يهينون المرضى ويسيئون معاملتهم . ونظرا لأن الأمر يستلزم إنفاق المال ، فتتطلب قرارات طلب العلاج وجود اعتقاد بأن المرض يحمل فى طياته خطرا معتبرا ، وبأن العلاج سيقلل من هذا الاختطار. ويتخذ الأشخاص فى أغلب البلدان موقفا مزدوجا تجاه العلاج ؛ بمعنى أنهم كثيرا ما يستشيرون الأطباء والمعالجين التقليديين فى الوقت نفسه. ويمكن أن ينظر للطب التقليدى على أنه أكثر فعالية من العلوم البيو - طبية الحديثة فى علاج بعض الحالات المرضية (مثل الأمراض المزمنة ، والعقم ، على وجه الخصوص) . ويكون المريض هنا ذرائعيا (pragmatist) يبحث عن النتائج ، وليس صفائيا (purist) يتبع النظريات ويطبقها. وعندما يهاجر المداوون المحليون بالقرى إلى المدينة ، يتعرضون -

كما يتعرض مرضاهم – للتجير (commercialization) فى تلك البيئة الجديدة . ويمكن أن يصاب المعالجون بالفساد (كما هو الحال بالنسبة لبعض المتخصصين) فيستغلون زبائنهم. وتؤدى الاختلافات الثقافية فى الطرق التى يتم بها تفسير المرض والعلاج ، إلى جعل تقييم الفعالية أكثر من مجرد حساب الأعراض المرضية .

يمكن أن تؤدى العوائق المادية للرعاية الصحية الفعالة إلى نتائج مأساوية. وحققت الصين تقدما هائلا خلال الستينات والسبعينات فى تقليل معدلات العدوى بالدرن عن طريق توفير الرعاية الصحية العمومية. وتعرض هذا النمط من التحسن المتواصل إلى انعكاس مأساوى خلال الثمانينات عندما أعلنت الحكومة أن الخدمات الصحية يجب أن تدعم نفسها بنفسها. ونظرا لارتفاع تكاليف التشخيص والعلاج ، انقطع الكثير من مرضى الدرن عن متابعة العلاج ، كما ظل نحو مليون مصاب بالدرن (السُل) معديين (infectious) ، برغم أنه كان من الممكن أن يصبحوا خالين من جرثومة المرض. وكانت النتيجة حدوث عشرات الملايين من حالات العدوى الجديدة عن طريق انتقال جرثومة المرض من شخص إلى الآخر. وكان من الممكن منع حدوث الكثير من حالات الوفاة نتيجة للدرن فى الصين خلال الثمانينات ، والتى بلغ عددها نحو ثلاثة ملايين[٦٤]. وكان لسياسات الصحة العامة الخاطئة نتائج مؤسفة ؛ فسيحتاج الأمر إلى أكثر من عقد كامل لإصلاح العطب الذى حدث فى الصين. وحدثت نتائج مماثلة نتيجة لما سمى " التعديلات البنيوية " (رسوم الخدمة) ، والتى فرضتها الهيئات الخارجية على الدول المثقلة بالديون من أجل تقليل عيوب الخدمات العامة التى تتلقى دعم تلك الهيئات. وفى عام ١٩٩٠ ، وبعد ستة أسابيع من تطبيق سياسة دفع المرضى لرسوم الإقامة الداخلية فى المستشفيات ، ذكر تقرير جريدة " الأمة " (the Nation) ، وهى كبرى الصحف اليومية فى كينيا، ما نصه : " إن المستشفيات العامة فى جميع أنحاء البلاد ، والتى اكتسبت سمعة سيئة فى الماضى كنتيجة لازدحامها بالمرضى ... وجدت أنفسها فى موقف غير معتاد من هجران المرضى لها ... لقد جعل ... تطبيق نظام مشاركة المرضى فى دفع تكاليف العلاج ... من المرض ضربا من الترف . ويختار الناس ببساطة أن لا يطلبون العلاج ". وتمت ملاحظة حدوث تأثيرات مماثلة فى العيادات الخارجية ، حيث أدت زيادة طفيفة فى مقدار الرسوم المفروضة إلى تقليل نسبة استخدام المرضى لخدماتها بنسبة ٥٠٪[٦٥].

وتتضمن التحولات الانتقالية الصحية ، أن هناك أيضا تحولا فى طرق استخدام الخدمات الصحية. وفى حين لا تتوافر الكثير من المستحضرات الصيدلانية فى البلدان الصناعية سوى بوصفة طبية ، تتوفر تلك الأدوية فى السوق المفتوح فى بقية بلدان العالم . ويؤدى ازدهار سوق الأدوية البيو - طبية فى مناطق كثيرة من العالم ، إلى حدوث تغيرات جذرية فى كيفية طلب الرعاية الصحية. ويشيع استخدام الأدوية التى تصرف بوصفة طبية (prescription drugs) ، فى صورة الحقن والحبوب ، نظرا لسهولة الحصول عليها ، كما يعتقد الناس أن لها تأثيرات علاجية قوية. وكثيرا ما تصرف هذه الأدوية خطأ من قبل الأطباء من غير ذوى الخبرة ، أو " الصيدلانيين " ، أو المعالجين التقليديين. وتعد المعالجة الذاتية غير المراقبة بالمستحضرات الدوائية من الممارسات الشائعة ؛ ومن الممكن أن تؤدى إلى نتائج مدمرة. وتساعد المعالجة غير الكاملة بالمضادات الحيوية على نشوء الأنواع الجرثومية المقاومة للأدوية. وتم توثيق حدوث اختلاسات للأدوية من قبل العاملين فى المستشفيات الأوغندية ، والذين يربحون بعد ذلك من بيعها للجمهور : ويكتسب هؤلاء " الممارسون " سمعة كخبراء طبيين غير رسميين فى المجتمعات المحلية[٦٦]. وعلى الرغم من ذلك ، ففى بعض الحالات ، لا يكون هناك سوى هذه الممارسات - برغم عدم قانونيتها - كوسيلة فعلية لتوفير الأدوية للمرضى الذين يحتاجونها.

ومن بين القضايا الرئيسية للخدمات الصحية فى جميع أنحاء العالم ، نجد مدى التزام المريض بالتعليمات المتعلقة بتناول الأدوية. ولهذا الالتزام أهمية خاصة فى رعاية المرضى بأمراض مزمنة ؛ فعندما يكون المرض حادا ويمكن علاجه بحقنة واحدة (كما هو الحال فى بعض الأمراض المنقولة جنسيا) ، أو بإجراء جراحى وحيد (كما هو الحال عند إجراء استئصال الزائدة الدودية :appendectomy) ، لا تبقى هناك حاجة بالمريض لأن يفعل شيئا سوى السماح بهذا الإجراء الأولى. وعلى أية حال ، ففى علاج ارتفاع ضغط الدم (hypertension) ، أو الداء السكرى (diabetes) ، أو الصرع (epilepsy) ، أو السرطان ، لا يكفى أن يوافق المريض على البدء بالعلاج ، بل وعلى الاستمرار فى تناوله - على الرغم من تكلفته ، أو مضايقاته ، أو تأثيراته الجانبية. ومع ذلك ، فقد لا تظهر أية فوائد للعلاج قبل مضى أسابيع أو أشهر ، كما أن التأثيرات

الصحية لعدم تناول الدواء قد لا تكون واضحة للعيان قبل مضى أسابيع أو أشهر ، فى حال ما إذا كان المرض صامتا نسبيا (مثل ارتفاع ضغط الدم) . وما لم يكن العاملون الصحيون متنبهين لأهمية سؤال المرضى عن مدى التزامهم بالعلاج ، سيصبح سلوك عدم تناول المريض لدوائه خفيا بالنسبة لولى أمره. وتعد هذه من المشكلات الكبرى فى جميع الأطر الصحية ، كما إنها مؤثرة بصفة خاصة فى معالجة المرض العقلى والصرع ، حيث تزداد حدة مشكلة عدم الالتزام بتناول الدواء كثيرا. وتلقت هذه المشكلة ، فى حقيقة الأمر ، قدرا غير كاف من الاهتمام فى برامج تدريب العاملين الصحيين على جميع المستويات[٦٧].

يمكن أن تتسبب الأمراض العضوية فى حدوث المرض العقلى ، خصوصا خطر الإصابة بالاكتئاب. وتعد الإعاقة الجسدية ، والألم ، والافتقار إلى العمل الذى يدر دخلا، وتدنى الوضع الاجتماعى ، والتى تنتج جميعها عن الإصابة بالأمراض المزمنة ، من التهجمات الشديدة على سلامة (integrity) الذات ، وقد تؤدى للإصابة بالاكتئاب. وبالإضافة إلى ذلك ، يتعرض أفراد أسرة المريض ، والذين يواجهون بمسئولية رعاية المريض ، للإصابة بالاكتئاب نتيجة للعبء الإضافى الذى يتوجب عليهم حمله. وبذلك ، تعد الرعاية الصحية العقلية من الأهمية بمكان فى معالجة التهاب المفاصل (arthritis) ، والداء السكرى ، وأمراض القلب التاجية ، وغيرها من المشكلات الطبية المزمنة ، كما أن العلاج الفعال للمرض الأساسى يقلل من خطر الإصابة بالاكتئاب الثانوى (secon- dary depression) وستساعد إتاحة الرعاية الصحية الأولية فى المجتمع ، بالإضافة إلى التوسع فى تلك الخدمات بحيث نضمن استفادة جميع المواطنين منها ، فى تقليل العبء الناجم عن الأمراض العقلية فى المجتمع بين المرضى بأمراض عضوية وبين ذويهم .

ويمكن أن يكون لبرامج التأهيل (rehabilitation programs) تأثير هائل ، بكلفة منخفضة نسبيا فى كثير من الأحيان ، على نوعية الحياة التى يعيشها الأفراد المصابين بإعاقات جسدية ، والذين يصبحون معاقين فى حالة عدم وجود الأطراف البديلة أو غيرها من الوسائل المساعدة. ويقدر عدد المعاقين فى العالم بما لا يقل عن ٢٥٠ مليون إنسان. ومع ذلك ، فمن الممكن للنظارات أن تحافظ على القدرة الوظيفية للإبصار ، وللسماعات الطبية (hearing aids) أن تسمح بالاتصال ، كما يمكن

الحصول على تنقل فعال باستخدام الأطراف البديلة أو الكراسى ذات العجلات التى تدار بالمحركات (motorized wheelchairs). وتمثل هذه التدخلات مساهمة هائلة لرفاهية الأشخاص الذين كان سيحكم عليهم بالإعاقة دون استخدامها. وفى حقيقة الأمر ، قام قسم الصحة العقلية التابع لمنظمة الصحة العالمية بمبادرة لتوفير النظارات الطبية لأطفال المدارس المصابين بقصر النظر ، على أساس أنها تحسن الصحة العقلية من خلال تحسين القدرة على الإبصار ، والمشاركة الفعالة فى فصول الدراسة ، ومن ثم تخلق فى الطفل شعورا بالكفاءة.

من الصعب تغيير السلوكيات الاعتيادية. ولتنفيذ الجهد الهائل الذى يستلزمه تناسى السلوكيات القديمة وتعلم الجديدة ، يجب أن يتم إقناع الشخص بوجود خطر صحى معتبر ، كما أن السلوك الجديد سيؤتى ثماره فى صورة تقليل خطر الإصابة بالأمراض. ويجب أن تضع المواد الإعلامية فى اعتبارها المفاهيم والممارسات المحلية ، من أجل أن تتوافق مع أهداف المجتمع المستهدف.

الاستنتاجات

– يعد السلوك من العوامل المؤثرة الرئيسية التى سيترتب عليها ما إن كان الناس سيبقون أصحاء أم أنهم سيصابون بالمرض. وتضم السلوكيات الأكثر تأثيرا على الحالة الصحية ؛ أنماط الأكل والشراب ، والنظافة الشخصية ، والفاعلية الجنسية ، والتدخين ، وإدمان المخدرات ، وقيادة السيارات ، والأنشطة المهنية. وتؤثر هذه السلوكيات على الصحة البدنية والعقلية على حد سواء ، وكثيرا ما يظهر أن الاثنتين مرتبطتان ببعضهما البعض بحيث يستحيل التفريق بينهما ، كما تحكمهما أيضا الأدوار الاجتماعية ، والوضع الذى تتمتع به الطبقة الاجتماعية للفرد فى مجتمع معين ، ومستوى التعليم ، والتاريخ الشخصى للمريض . ونظرا لأن هذه السلوكيات اعتيادية (habitual) ، ومتأصلة فى النفس تماما ، فليس من السهل تغييرها. ومع ذلك ، فما لم يتم تغيير السلوكيات المحفوفة بالمخاطر ، ستبقى الإصابات المرضية التى لا داعى لها والوفيات المبكرة.

- إن توفير المياه النقية والصرف الصحى الملائم لكل المواطنين سيقلل من خطر الممارسات الصحية الضارة. ولازلنا نبعد بعقود عدة عن ذلك اليوم الذى نجد فيه تلك الإجراءات الصحية منتشرة فى جميع دول العالم. وحتى ذلك الوقت ، يمكن أن يتعلم الناس كيفية تقليل المخاطر التى تكتنف صحتهم الفردية بغلى المياه قبل شربها ، وبطهى الطعام جيدا ،وغسل اليدين جيدا ، وإعداد أماكن معزولة للتبول والتبرز، بعيدا عن مصادر مياه الشرب وعن أماكن إعداد الطعام. ويمكن أن يكون تعليم هذه السلوكيات هدفا أساسيا للتوعية الجماهيرية.

- تقتصر الإصابة تقريبا بسوء التغذية الشديد ، والذى يؤدى إلى تعطل النمو الجسدى والتطور العقلى للطفل ، على البلدان المنخفضة الدخل. ويمكننا العثور على الأقوات (diets) الفقيرة بالمغذيات الدقيقة فى جميع أنحاء العالم ، وهى تعكس الخصائص المحلية للتربة وللممارسات التغذوية. ويشيع استهلاك الأقوات الغنية بصورة مفرطة بالسعرات الحرارية والبروتينات ، والتى تسهم فى الإصابة بأمراض القلب ، والسكتة الدماغية ، والاضطرابات الاستقلابية ، فى البلدان المرتفعة الدخل ، لكنه موجود أيضا بين الطبقات الغنية فى البلدان الأخرى. ويمكن استخدام السياسات الوطنية المتعلقة بالزراعة وبالضرائب ، مقترنة بالتوعية العمومية فيما يتعلق بالحاجات الغذائية ، من أجل جعل الأنماط الغذائية صحية أكثر.

- لأنماط السلوك الجنسى تأثيرات مؤكدة على الصحة . ويرتبط حَمل المراهقات (adolescent pregnancy) ، وقصر الفترات الفاصلة بين حملين متتاليين ، وحالات الحمل المتعدد (multiple pregnancy) ، بخطر مرتفع لوفيات الأمهات ، بالإضافة إلى ارتفاع خطر تعطل نمو الرضع والأطفال .ويمكن أن تؤدى الممارسة الجنسية دون استخدام الواقى الذكرى إلى الإصابة بالأمراض البكتيرية والفيروسية، بما فيها العدوى المميتة بفيروس العوز المناعى البشرى . ويمكن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا، بما فيها العدوى بفيروس العوز المناعى البشرى، بالالتزام بعلاقة زواج مع شخص واحد غير مصاب بالعدوى ، أو باستخدام وسائل منع الحمل العازلة (barrier contraceptives) (أى الواقى الذكرى أو الأنثوى). وبرغم الانخفاض النسبى لتكلفة الواقى الذكرى (condom) ، تحد الممارسات الدينية، والثقافية ، والشوفينية (chau- vinistic) من التوسع فى استخدامه وتستلزم التوعية الجنسية (sex education)

جهدا مضنيا ، كما تتطلب تعزيزا مستمرا، كما تقل مصداقيتها بنشر المعلومات المضللة. ومع ذلك ، فهى تمثل الوسيلة المتاحة الوحيدة لمكافحة الأمراض المنقولة جنسيا.

– يعد تدخين السجائر من بين الأخطار الرئيسية التى تتهدد الصحة البيئية. ويرتفع خطر الإصابة بسرطان الجهاز التنفسى ، والإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية ، والأمراض الوعائية الطرفية ، وأنواع السرطان الأخرى ، وأمراض أخرى كثيرة ، بين المدخنين عنهم فى غير المدخنين. وبالنسبة لأغلب تلك الأمراض ، تتسم الوسائل العلاجية المتاحة حاليا بكونها محدودة الفعالية. ويمثل منع الصغار من البدء فى التدخين ، ومساعدة المدخنين الحاليين على الإقلاع ، أساس الصحة العامة. ويمكن أن تساعد سياسات فرض الضرائب ، والسياسات الزراعية ، وفرض القيود على إعلانات السجائر، فى الحد من ظاهرة التدخين.

– يعد التعرض للمواد السامة، ولمخاطر الآلات الميكانيكية ، والمشكلات الجسدية الناجمة عن الحركات التكرارية (repetitive motion) أثناء العمل ، من المحددات الرئيسية للصحة المهنية. ويمكن السيطرة على كثير من هذه الأخطار عن طريق إزالة تلوث مكان العمل ، وباستخدام الحواجز الواقية مع المعدات الآلية ، وإلزام العمال بارتداء معدات الوقاية ، وبإعادة تصميم حركات العمل. وتمثل تكلفة تنفيذ هذه الإجراءات جزءا أساسيا من العملية الزراعية أو التصنيعية. وتعد التشريعات القوية المتعلقة بالصحة والسلامة المهنية ، بالإضافة إلى سبل الاستقصاء النشط ، من المكونات الأساسية للسياسة الوطنية للصحة.

– يمكن للعلوم البيو – طبية الحديثة ، على الرغم من أوجه القصور المصاحبة لها، أن تسيطر على أغلب – وليس جميع – الأمراض المعروفة حاليا. ويجب على دول العالم أن توفر لمواطنيها أفضل العلاجات الحديثة المتاحة. وعلى أية حال ، فلا يضمن مجرد توافر سبل الرعاية الصحية أنها ستستخدم بصورة متواصلة ما لم يكن بوسع المرضى أن يفهموا الخيارات المتاحة لهم ، وأن يتخذوا قرارات علاجية تتسم بالذكاء. وكثيرا ما يؤدى فشل الاتصال وفقدان الثقة بين العاملين الصحيين وبين المرضى ، إلى فشل البرامج العلاجية ؛ والتى لا تفشل فى تقديم الشفاء المتوقع فحسب ، بل إنها تهدد الصحة بالفعل عن طريق التسبب فى حدوث المضاعفات. وتعد برامج التوعية الموجهة للعاملين الصحيين وللمرضى ضرورية لتحقيق الفهم المتبادل ومن ثم تحسن الصحة.

الهوامش

(١) المصدر : Frenk, 1992.
(٢) المصدر : Feachem et al., 1992.
(٣) المصدر : Sen, 1990.
(٤) المصدر : Centers for Disease Control, 1993.
(٥) المصدر : Di Franza et al., 1991.
(٦) المصدر : Sharp, 1993.
(٧) المصدر : Peto et al., 1992.
(٨) المصدر : U.S Department of Health and Human Services, 1994
(٩) المصدر : Mechanic, 1994.
(١٠) المصدر : Dreze and Sen, 1991.
(١١) المصدر : Chen et al., 1981.
(١٢) المصدر : The Lancet, 1981.
(١٣) المصدر : Uemura and Piza, 1988.
(١٤) المصدر : Johnson et al., 1993. .
(١٥) المصدر : Hetzel, 1983.
(١٦) المصدر : Sommer et al., 1986.
(١٧) المصدر : Lozoffet al., 1991.
(١٨) مقتبسة من Daulaire, 1993.
(١٩) المصدر : World Bank, 1992:47.
(٢٠) المصدر : World Bank, 1993a:222.
(٢١) المصدر : Taylor and Greenough, 1989.
(٢٢) المصدر : Caldwell, 1986.
(٢٣) المصدر : Hobcraft, 1993.
(٢٤) المصدر : Taylor and Greenough, 1989.

(٢٥) المصدر : Ahmed et al., 1993.

(٢٦) المصدر : Hazarika,1993.

(٢٧) المصدر : World Bank, 1993a: 300-301.

(٢٨) المصدر : World Bank, 1993a:82-85.

(٢٩) المرجع السابق: ٨٦.

(٣٠) المصدر : Kristof, 1993b.

(٣١) المصدر : Hieu et al., 1993.

(٣٢) المصدر : Khanna et al., 1992; Bemstein, 1993.

(٣٣) المصدر : Fortuin et al., 1993.

(٣٤) المصدر : Rotkin, 1973; Skegg et al., 1982.

(٣٥) المصدر : Grimes, 1992; Hankinson et al., 1993.

(٣٦) المصدر : Levine,1993.

(٣٧) المرجع السابق.

(٣٨) المرجع السابق.

(٣٩) Mann et al., 1992; Mastro et al., 1994.

(٤٠) المصدر : World Bank, 1993:115.

(٤١) المصدر : Centers for Disease Control, 1993.

(٤٢) المصدر : Lorch, 1993.

(٤٣) المصدر : Maj et al;, 1993.

(٤٤) المصدر : Maj et al., 1994a, 1994b.

(٤٥) المصدر : Marzuk et al., 1988.

(٤٦) المصدر : Price et al., 1988.

(٤٧) المصدر : Lurie et al., 1994.

(٤٨) المصدر : Pape et al., 1993.

(٤٩) المصدر : Mukadi et al., 1993.

(٥٠) المصدر : Pape et al., 1993.

(٥١) قدم المادة العلمية لهذا الإطار Paul Farmer من قسم الطب الاجتماعي بكلية الطب- جامعة هارفارد

(٥٢) المصدر : Eisenberg, 1989.

(٥٣) المصدر : Mann, 1993.

(٥٤) المصدر : United Nations, 1948.

(٥٥) المصدر : Murray et al., 1992.

(٥٦) المصدر : Kjellstrom et al., 1992:236-37

(٥٧) انظر : Levy and Wegman, 1988.

(٥٨) المصدر : Tameim et al., 1985.

(٥٩) المصدر : Sawyer and Sawyer, 1992.

(٦٠) المصدر : The Lancet, 1992.

(٦١) المصدر : Freed et al., 1993.

(٦٢) المصدر : Greenough,1993.

(٦٣) المصدر : Christakis et al., 1994.

(٦٤) المصدر : World Bank, 1993:58.

(٦٥) المصدر : Dahlgren, 1991.

(٦٦) المصدر : Whyte, 1991.

(٦٧) المصدر : Rater and Hall. 1992.

الفصل الحادى عشر

الاستنتاجات وخطة للعمل

(Conclusions and an Agenda for Action)

تم إعداد هذا الكتاب بشعور بالقلق العميق تجاه الحجم الهائل لمشكلات الصحة العقلية فى مجتمعات أفريقيا ، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية ، والشرق الأوسط. وطوال فترة زمنية طويلة ، ظل تناول الباحثين والهيئات المعنية بالصحة والتنمية الدولية للمشكلات المتعلقة بالصحة الاجتماعية ، والسلوكية ، والعقلية ، غير كاف بدرجة كبيرة .

ويقدم لنا تقرير البنك الدولى لعام ١٩٩٣، وهو بعنوان " الاستثمار فى مجال الصحة " ، مثالا على ذلك. وكان هناك ترحيب كبير بقرار البنك الدولى بتخصيص تقريره التنموى السنوى لتناول الرعاية الصحية فى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويعكس التقرير إدراكا متزايدا بين صناع السياسات لأن الاستراتيجيات التنموية المحددة لها تأثيرات مهمة على الصحة ، ولأن المؤشرات الصحية (health indicators) تعد - مع المؤشرات الاقتصادية - واسمات (markers) لمزايا السياسات التنموية . وبالإضافة إلى ذلك ، يدرك مؤلفو هذا البحث أنه طالما أن اعتلال الصحة يؤدى إلى حدوث تأثيرات سلبية على التنمية الاقتصادية للبلد ، يصبح " الاستثمار " فى مجال الصحة حيويا للتنمية ، وكذلك بالنسبة لتقليل الشقاء الإنسانى.

حفّز استقصاءاتنا الشخصية إيماننا بأن تقريرا مثل تقرير البنك الدولى يغفل جانبا مهما من القصة دون روايته. فيركز تقرير " الاستثمار فى مجال الصحة " (Investing in Health) ، بصورة جيدة تماما ، على المشكلات التقليدية للصحة العامة ،

وينادى بأن زيادة حجم الاستثمار فى مجال الرعاية الصحية الأولية وإجراءات الصحة العامة يعد أكثر وسائل تحسين الصحة فى البلدان الفقيرة فعالية بالنسبة لتكلفتها. ويذهب التقرير إلى أبعد من ذلك ، فيقوم بتحليل المزايا الصحية لتلك السياسات التى تقلل الفقر وتعزز تنمية الموارد البشرية – تقوية دور المرأة والتوسع فى التعليم ، على وجه الخصوص – ويقدم توصيات قوية للسياسات المتعلقة بهذه القضايا. وعلى أية حال ، ففى هذا التقرير والتقارير المشابهة له ، لا تحظى الصحة العقلية سوى بالقليل من الاهتمام ، برغم أن البيانات التى يحتوى عليها التقرير تُظهر الحجم الهائل لعبء الأمراض العصبية – النفسانية. وبالإضافة إلى ذلك، يتعرض التقرير بالكاد للكثير من أكثر القضايا أهمية بالنسبة لصحة وعافية المجتمعات و الأفراد – مثل العنف ، والإدمان على تعاطى الكحول والمخدرات ، واستغلال الأطفال ، والتشرد ، والتفرقة بين الجنسين وإساءة معاملة النساء ، والعنف العِرقى أو السياسى ، وتهجير أفراد مجتمعات بكاملها. وبرغم الاهتمام المعلن بإيجاد تعريف أكثر شمولا للصحة ، تعتمد مثل هذه التقارير بصورة شبه كاملة على معدلات انتشار الأمراض ، أو على معدلات الوفيات ، كمؤشرات للحالة الصحية ؛ وبهذا يتجاهل الباحثون كثيرا من أهم أسباب اعتلال الصحة والشقاء الإنسانى ، فلا تجد الاهتمام الكافى عند تطوير السياسات الصحية. وفى هذا السياق ، نادرا ما ينظر إلى الرعاية الصحية العقلية كواحدة من الخدمات الصحية الضرورية .

لم يعد بوسع الباحثين ولا الناشطين (activists) أن يغفلوا تناول هذه القضايا العويصة ؛ فالمشكلات المتعلقة بأنواع المراضة الحديثة تعد حيوية بالنسبة لصحة وعافية أجزاء هائلة من العالم. ولابد من اعتبار هذه القضايا كتحديات رئيسية للصحة العامة ، كما يجب منحها أولوية جديدة فى أوساط تلك المؤسسات والهيئات الحاكمة المعنية بالصحة العالمية وبالتنمية الدولية .

ومن الواضح كون تلك المشكلات مثبطة للهمم (daunting) ؛ لكن ذلك يجب ألا يدعونا إلى اليأس والقنوط. وبالنسبة لبعض هذه المشكلات ، تتوافر الحلول الفعالة نسبة إلى تكلفتها ، كما أن توجيهات المبادرات المتعلقة بالسياسات تتميز بالوضوح النسبى. وبالنسبة لمشكلات أخرى ، أظهرت البرامج التجريبية نتائج واعدة. وبالنسبة

للبعض الآخر، يدعو الحجم الهائل للمشكلة ، بالإضافة إلى الافتقار للحلول الجاهزة ، إلى إلحاح الحاجة لإيجاد حلول فعالة.

كان الهدف الرئيسى لهذا التقرير هو استقصاء مدى وحجم المشكلات المتعلقة بالصحة الاجتماعية ، والسلوكية ، والعقلية ، فى مجتمعات أفريقيا، وآسيا ، وأمريكا اللاتينية ، وتوفير المعلومات – كلما أمكن ذلك – عن البرامج المبتكرة للوقاية وللرعاية الإكلينيكية. ولم نحاول أن نقدم تحليلا شاملا للأسباب الاجتماعية للمراضة النفسانية والاجتماعية ، ولا أن ندرس بالتفصيل تأثيرات السياسات المنفردة للتنمية الاقتصادية. وبرغم هذه الأهداف المحدودة ، فقد كانت مهمتنا أعظم بكثير مما قد يبدو للعيان ؛ فالمشكلات التى قمنا بدراستها لا تنطبق عليها تماما تلك الحدود المنهجية ، ولا الأنماط الإحصائية المعروفة ؛ فتلك البيانات كثيرا ما لا تتوافر سوى فى " الأدبيات الرمادية " (gray literature) للتقارير الصادرة عن الحكومات والهيئات الدولية. وليس هناك ثمة دليل للبرامج المبتكرة التى تهدف للوقاية من الأمراض وعلاجها ، كما أن تحليل البرامج والسياسات الناجحة وتلك الفاشلة يستلزم تجميع كم هائل من المجلات المتخصصة والتقارير غير المنشورة ، والتى تحتوى على بيانات متضاربة فى بعض الأحيان. ويشير الافتقار إلى البيانات الموثوقة ، وعدم كفاية الأطر النظرية الحالية ، وعدم وجود مراكز بحثية أو برامج تدريبية مخصصة لتناول مثل هذه المشكلات ، إلى حجم التحديات التى لابد من مواجهتها فى المستقبل.

ولحسن الحظ ، فقد تنامت الوسائل التحليلية ، والتقنيات الحديثة ، والخبرة التراكمية المتوافرة لفهم هذه المشكلات والاستجابة لها ، مع اتساع مدى المشكلات الأصلية ذاتها. ونأمل أن تعمل النتائج التى توصل إليها تقريرنا هذا كحافز للعمل المستقبلى.

ما هى ، إذن، أكثر تلك النتائج أهمية؟ وما هى الاستنتاجات التى يمكن استخلاصها من هذا التقرير؟ وما هى الأولويات الفورية للعمل ، وما هى الاستراتيجية العريضة التى يجب أن توجِّه هذا الفعل؟

مدى وحجم المشكلات الحالية

ربما كانت أكثر النتائج إثارة للدهشة هى الاتساع الهائل لمدى العبء الكلى للأمراض العقلية. ويقدر تقرير " الاستثمار فى مجال الصحة " أن الأمراض العصبية – النفسانية تمثل نحو ٦,٨٪ من العبء الكلى للمرض بالنسبة للرجال ، والنساء ، والأطفال فى " الاقتصاديات النامية من الناحية الديموجرافية ". وبالنسبة للبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة عشرة والرابعة والأربعين ، تمثل الأمراض العصبية – النفسانية ١٢٪ من العبء الكلى للمرض ؛ وعند إضافة " الإصابات المتعمدة والمنزلة بالذات " ، يمثل الناتج الإجمالى ١٥,١٪ من العبء الكلى للمرض فى النساء ، و١٦,١٪ فى الرجال. وتعد الاضطرابات الاكتئابية أكثر الاضطرابات العصبية – النفسانية شيوعا (وتأتى فى المرتبة الخامسة للعبء الكلى للمرض فى النساء ، وفى المرتبة السابعة بالنسبة للرجال) ؛ وتمثل تلك الاضطرابات القدر الأكبر من العبء الواقع على المجتمع ، وعند اقترانها باضطرابات القلق ، أشارت بعض الدراسات إلى أنها تكون مسئولة عن نسبة الربع إلى الثلث من جميع زيارات المرضى إلى عيادات الرعاية الصحية الأولية[١]. وبما أن أكثر الاضطرابات العصبية –النفسانية شيوعا تبدأ خلال فترة الحياة البالغة ، فستنتج عن التحولات الديموجرافية زيادة حادة فى العبء الكلى لمثل هذه الاضطرابات فى المستقبل العاجل. وعلى سبيل المثال ، يقدر أن العدد الإجمالى لحالات الإصابة بالفصام فى " الدول الأقل تقدما " سيزداد من ١٦,٧ مليونا فى عام ١٩٨٥ إلى ٢٤,٤ مليونا فى العام ٢٠٠٠ ، وستنتج هذه الزيادة – وقدرها ٤٥٪ – ببساطة ، عن التحولات الديموغرافية (demographic changes)[٢]. وبالنسبة لبعض المجتمعات ، هناك أيضا أدلة على أن معدلات الإصابة بالاكتئاب قد ارتفعت نتيجة للتغيرات الاجتماعية التى حدثت خلال العقود الأربعة الأخيرة[٣].

وعلى أية حال ، فالاستنتاج الساحق لهذا التقرير هو أن الاضطرابات العصبية – النفسانية حسب التعريفات الرسمية (formally-defined) لا تتسبب سوى فى حدوث جزء فقط من العبء الكلى للمراضة الاجتماعية والنفسية. أما معاقرة الخمر (الكحولية) ، وإدمان المخدرات ، والانتحار ومحاولته ، والعنف الموجه ضد النساء ، واستغلال

الأطفال وهجرانهم من قبل ذويهم ، والممارسة القسرية للبغاء (forced prostitution) ، والجريمة والعنف الذى تشهده الشوارع ، والحروب العرقية وإرهاب الدولة ، وتهجير السكان والهجرات القسرية - فتمثل جميعها قدرا معتبرا من العبء فى مجتمعات أفريقيا، وأسيا، وأمريكا اللاتينية ، والشرق الأوسط. وفى حين يستحيل تقديم تقديرات لكل دولة على حدة فيما يتعلق بالعبء الناجم عن كل من هذه المشكلات المنفردة، تعد هذه - إجمالا - من أكثر المشكلات إلحاحا فى عالمنا المنكمش.

حيثما كانت البيانات متوافرة نسبيا، تشير الإحصائيات إلى ما هو محتمل أن تكتشفه الدراسات المستقبلية. وتصيب الأمراض المتعلقة بتعاطى الكحول ، على سبيل المثال، من ٥٪ إلى ١٠٪ من مجموع سكان العالم. ويعد الاتجار بالمخدرات والعقاقير واحدا من أضخم الأعمال العالمية ، كما يعد أحد أكبر أسباب المراضة. وتتراوح معدلات العنف المنزلى الذى تتعرض له النساء المتزوجات من ٢٠٪ وحتى ٧٥٪. ويتم اعتبار نحو ٢٠ مليون إنسان فى يومنا هذا كلاجئين ، ويعانى كثير منهم من مجموعات متنوعة من المشكلات النفسية - الاجتماعية وتلك النفسانية. وبرغم محدودية قاعدة البيانات (database) التى توفرت لنا ، تمثل المشكلات التى تم بحثها فى هذا التقرير تحديا ضخما للصحة والعافية ، كما تسبب خسارة بشرية واقتصادية هائلة .

الصحة العقلية والتنمية: التوزيع العالمى للاضطرابات النفسية-الاجتماعية

يتمثل استنتاجنا العريض الثانى فى أن المشكلات التى تمت مراجعتها فى هذا التقرير لا يمكن تقسيمها بسهولة بين الدول " المتقدمة " وتلك " النامية ". وعلى العكس من أمراض الإسهال ، والتى لا تزال تمثل نسبة كبيرة من وفيات الأطفال فى الكثير من البلدان الأكثر فقرا من العالم ، فى حين تمت السيطرة عليها بصورة شبه كاملة فى البلدان الصناعية من أوروبا وأمريكا الشمالية ، تتشارك فى كثير من المشكلات التى عرضناها فى هذا التقرير كل من الدول الغنية والفقيرة ، فى الشمال والجنوب. وتبلغ

معدلات العنف المزمن حدا مميتا فى شوارع لوس أنجلوس (الولايات المتحدة) ، وأحياء الطبقة العاملة فى بلفاست (أيرلندة) ، والأحياء الفقيرة من كراكاس (فنزويلا). وتواجه النسوة اللاتى يعشن وسط علاقة استغلالية صعوبات بدنية وعاطفية ، وحتى خطر الموت، سواء كن يعشن فى سيدنى (أستراليا) ، أم فى بوسطن (الولايات المتحدة) ، أم فى نيروبى (كينيا). ويوجد الاستغلال الجنسى (sexual exploitation) للنسوة الشابات فى اليابان ، وتايلاند ، وشرق أفريقيا ، مما يسبب المعاناة وخطر حقيقى للإصابة بفيروس العوز المناعى البشرى. ولا يمكن قولبة هذه المشكلات الملحة ضمن إطار بسيط ومترق (progressive) من اقتصاديات السوق النامية التى تتسبب فى حدوث التحولات بلا هوادة فى المجتمعات المتصلة بها .

وبذلك ، ففى حين يكون من المغرى أن نجادل بأن الظروف التى تمت مناقشتها فى هذا التقرير ترجع أصولها إلى " التخلف " (underdevelopment) ونقص الثروة وحدهما (وهو ما قد يعنى ضمنا أن التنمية الاقتصادية لمجتمع ما لن تؤدى إلى حدوث انخفاض فى وفيات الأطفال فحسب ، بل وفى المشكلات الصحية العقلية بصورة عامة) ، ومن الواضح أن مثل هذا النموذج سيفشل فى تفسير تنوع وتوزيع الضوائق النفسية ، وبالنسبة لكثير من المشكلات العقلية وتلك المتعلقة بالصحة السلوكية ، هناك أدلة ضعيفة على حدوث انخفاض فى معدلات تلك المشكلات نتيجة لازدياد ثروة المجتمع. وبالنسبة لبعض تلك المشكلات ، مثل الفصام والخرف ، هناك أدلة تشير إلى حدوث زيادة فى معدلات الحدوث نتيجة للتحولات الديموجرافية ذاتها ، أما بالنسبة للبعض الآخر ، مثل إدمان الكحول ، والعنف ، والاكتئاب ، والانتحار، يبدو أن التحولات الاجتماعية المعقدة التى تميز عصرنا الحاضر تزيد معدلاتها سوءا .

وباتباع المثال نفسه ، لا تعتبر أغلب المشكلات المتعلقة بالصحة الاجتماعية والعقلية مجرد نتيجة بسيطة للتنمية الاقتصادية ، حيث " تنتج " العلميات التنموية أعراضا نفسية ، أو تلك المراضات الاجتماعية التى تمت مناقشتها على صفحات هذا الكتاب. وللنظرية العامة التى تقول بأن " الحداثة " تؤدى إلى انهيار الثقافات والمجتمعات المتماسكة ، وتتسبب فى ازدياد معدلات حدوث المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية ، تاريخ طويل فى مجال العلوم الاجتماعية ، لكنها لم تثبت صحتها تماما بالاستقصاءات

التجريبية[٤]. وللتنمية الاستغلالية (exploitative development) التى تدمر الثقافات الأصلية (aboriginal cultures) تأثيرات مدمرة على الصحة العقلية ، لذا فلابد من مواجهتها بحزم على الصعيدين الأخلاقى والصحى. وعلى أية حال ، فليست " التنمية " عملية خطية وحيدة وتقدمية (أو تراجعية) ، بل هى تفاعل شديد التعقيد بين عدد من العمليات العالمية والمحلية المتباينة. ولا يمكن الفصل بين العمليات التنموية وبين كل من النمو السكانى ، والتمدن ، وزيادة معدلات القدرة على القراءة والكتابة والإقبال على التعليم ، وإعادة تشكيل البنى الاقتصادية ، والتغيرات الحادثة فى تقنيات الإنتاج ، و" ثورة المعلومات " ، وتوزيع المعدات العسكرية ، وإضعاف الدولة ، والحركات الدينية الأصولية، وانهيار البنى الأسرية ، وعدد كبير من التغيرات الحادثة فى الثقافات والممارسات المحلية. ولكل من هذه العوامل مضامين متعلقة بالصحة العقلية العالمية ، سواء كانت تلك سلبية أم إيجابية ، ونتيجة ذلك هو وجود توزيع اجتماعى معقد للمراضة الاجتماعية والنفسية. وتعجز النماذج البسيطة التى تعزو العلل الاجتماعية للتخلف أو للتنمية السريعة ، عن تقديم المزيد من الفهم.

وبرغم أن الأبحاث العلمية لا تشير إلى وجود علاقة بسيطة ومباشرة بين التنمية الاقتصادية وبين الصحة العقلية ، فمن الواضح أن الفقر وتلك الأوجه الهائلة لعدم المساواة تمثل عوامل خطر للإصابة بجميع أنواع المراضة الاجتماعية والنفسية تقريبا. ويزيد الفقر المشكلات القائمة سوءا ، كما لا يترك للأفراد والمجتمعات سوى مواد محدودة لمواجهة الصعوبات الجديدة التى تظهر بصورة مستمرة. ويتسم الفقر المدقع الذى يوجد فى بعض أجزاء أفريقيا ، وأمريكا اللاتينية ، وبلدان الكاريبى ، وآسيا ، على وجه الخصوص ، بتأثيره المدمر على صحة وعافية سكان تلك المناطق. ولسوء الحظ،فلا تمثل التنمية السريعة علاجا أكيدا لتلك المشكلات. وكثيرا ما تخلق التنمية الفقر جنبا إلى جنب مع الثروة ، مما يصنع الأسباب الاجتماعية لمعاناة الكثيرين ، فى حين ترتفع مستويات معيشة البعض. وتمثل الأنماط الجديدة من الفقر ، بالإضافة إلى العلل الاجتماعية التى تنتج عنها ، تحديات للعدل الاجتماعى ولحقوق الإنسان. ولا يمكن سوى عند ربط التنمية الاقتصادية بالاهتمام العالمى بالمساواة وحقوق الإنسان ، أن يمكن التخلص من أحد المصادر الرئيسية لتلك الأنماط الجديدة من المراضة .

وبهذا تعد المشكلات التى تمت مراجعتها فى هذا التقرير مشكلات عالمية بحق ، فتشترك فيها جميع الأمم ، سواء كانت غنية أم فقيرة. وتظهر هذه المشكلات فى أعداد متزايدة من المواقف المتعلقة بالفقر واليأس ، لكن أحدها لا يقتصر على أكثر الدول فقرا أو على المجتمعات الفقيرة. وتمثل هذه مشكلات متعلقة بالمجتمع الإنسانى ككل ، كما تتطلب تفكيرا جديدا واستجابات جديدة على المستوى العالمى.

الأسباب الاجتماعية لاعتلال الصحة العقلية والسلوكية

يتلخص الاستنتاج العام الثالث لهذا التقرير فى أنه على الرغم من عدم وجود نظرية (أو نموذج) منفردة وشاملة لتفسير جميع المشكلات المتعلقة بالصحة الاجتماعية ، والسلوكية ، والعقلية ؛ فقد حدد الباحثون عددا من السبل السببية (causal pathways) التى قد تكون مفيدة فى تطوير استراتيجيات التدخل. وتظهر خمسة أبعاد لهذه السبل كاستنتاجات رئيسية لبحثنا هذا :

- أولاً، تقدم الأبحاث الحالية عن الأمراض العقلية أدلة قوية على أن الاضطرابات العصبية - النفسانية ترجع لأسباب بيو - اجتماعية - بمعنى اكتناف (involvement) كل من العوامل البيولوجية والاجتماعية فى العملية . وليست الاضطرابات العقلية مجرد أعراض لحالات اجتماعية أكثر اتساعا، فهى تعكس أيضا أوجها موروثة للضعف ، كما تتواسط (mediated) بالعمليات العصبية - النفسانية. وبالإضافة إلى ذلك ، ترتبط نوعية البيئة الاجتماعية للشخص ارتباطا وثيقا بخطر الإصابة بالمرض العقلى ، وباستثارة حدوث نوبة مرضية ، وباحتمالية أن يصبح هذا المرض مزمنا وعلى سبيل المثال، يؤدى عوز المغذيات الدقيقة فى الطفولة - عند اقترانه بسوء التغذية ، والفقر، والتهجير - إلى حدوث عيوب عصبية واضطراب وظائف الدماغ. ولا يعتبر الفصام " مرضا اجتماعيا " ؛ وبرغم ذلك ، تؤثر العوامل

الاجتماعية والثقافية بصورة كبيرة على مسار المرض وعلى احتمالية الشفاء. وينتج مرض الصرع عن اعتلال دماغى ؛ أما لماذا لا يتلقى نحو ٩٠٪ من مرضى الصرع فى بعض المجتمعات الآسيوية والأفريقية علاجا بيو - طبيا أثبت فعاليته فى علاج المرض ، فهو سؤال اجتماعى يطرح نفسه. وبرغم اكتشاف الناقلات العصبية (neurotransmitters) فى حالات الاكتئاب الكبرى ، تزيد الصدمات العاطفية التى يتعرض لها المرء فى الطفولة ، مثل فقد أحد الوالدين ، من القابلية للإصابة بالاكتئاب طوال العمر ، كما يلعب فقد الأحباء ، والعنف ، والرضوخ ، دوراً مهمًا فى استثارة حدوث نوبات محددة من الاكتئاب ، خصوصا عند حدوثها لشخص لا حيلة له نسبيا ، ولا يمتلك الكثير من مصادر الدعم الشخصية والاجتماعية.

- ثانيًا ، تتضمن السبل السببية للاضطرابات السلوكية والمشكلات الاجتماعية عددا من العوامل الأخرى التى تتفاعل فيما بينها بطرق خفية ، لكنها قابلة للفهم فى نهاية الأمر. ويعد الانتحار ، على سبيل المثال ، أكثر احتمالا بكثير فى الأشخاص المصابين بأمراض عقلية ، خصوصا الاكتئاب ؛ كما يرتبط بمدى توافر وسائل الانتحار (مثل الأسلحة النارية أو السموم) ، وببعض المعانى والسبل الثقافية المحددة ، وبالظروف الاجتماعية غير المحتملة. وعادة ما يبدأ تعاطى عقاقير الإدمان فى سن الشباب ؛ ولا يرتبط هذا التعاطى بالبيئة الاجتماعية والثقافية للمراهقين فحسب ، بل وبتنظيمات الاتجار بالمخدرات. وترتبط بعض المشكلات الأخرى ، مثل استغلال الأطفال ، بالتحولات الاقتصادية المتسارعة التى تؤثر على أكثر قطاعات المجتمع عرضة للخطر. وعلى سبيل المثال ، فقد تلت عمليات بيع الفتيات الصغيرات فى تايلاند للعمل فى شبكات الرقيق الأبيض ، التحولات التى حدثت فى النظام الزراعى هناك ، وهجرة سكان

الريف إلى المدن ، ونشوء أسواق محلية ودولية لسياحة الجنس (sex tourism). وتتسم التأثيرات ، وكذلك الأسباب ، التى لتجارة الجنس بكونها عالمية النطاق ، كما يظهر جليا من الزيادة المتفجرة لمعدلات العدوى بفيروس العوز المناعى البشرى.

– ثالثًا ، توجد المشكلات التى تم تناولها بصورة منفردة فى فصول مستقلة من هذا الكتاب ، فى واقع الأمر ، فى صورة مجموعات من المشكلات النفسية – الاجتماعية . وهناك ارتباط تبادلى وثيق بين كل من إدمان المخدرات، والعنف تجاه النساء والأطفال ، والعقابيل (sequelae) النفسانية مثل الاكتئاب ، والمخاطر الصحية فى الحياة البالغة بالنسبة للضحايا من الأطفال. ويرتبط العنف المجتمعى باضطراب الكرب التالى للصدمة (PTSD) ، والتهجير ، والاكتئاب. وهناك حاجة لتحديد هذه المجموعات (clusters) المرضية واستقصائها إذا أردنا تصميم استراتيجيات فعالة للوقاية والعلاج.

– رابعًا ، بالنسبة لكثير من المشكلات التى تم وصفها فى هذا التقرير ، يتمثل أفضل تشبيه تصويرى لفهم " السببية " ، فى النظر لتلك المشكلات كحلزون لا نهائى (vicious spiral) ، وليس كمجرد سلسلة للظروف أو للأحداث المتفرقة (مثل أن يؤدى الفقر ، من خلال خطوات محددة ، للإصابة بالمرض العقلى والمراضة الاجتماعية) وتستنسخ تجمعات المشكلات نفسها فى التاريخ الحياتى للأفراد وللأسر ، وفى المجتمعات أيضا . كما أن الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة هم أقرب احتمالا لإساءة معاملة أطفالهم فيما بعد. وتفرز مجتمعات الفقر والعنف مجموعات من المشكلات المتعلقة بالصحة الاجتماعية والعقلية ، كما تنتج بدورها عن الظروف السياسية والاقتصادية. وفى جنوب أفريقيا ، على سبيل المثال ، نبع العنف فى الأحياء الفقيرة ومدن السود عن سياسة التفرقة العنصرية (apartheid) ؛ ومع ذلك فمن المرجح

أن تبقى هذه المشكلات حتى فى تلك الحقبة الجديدة التى تعيشها البلاد. ومهما تحلت حكومة جنوب أفريقيا الجديدة بالديمقراطية ، فستواجه مجتمعات مثقلة بالعقابيل المخيفة لسياسات التفرقة العنصرية. وستكون هناك حاجة لإجراءات جديدة لمنع العنف من تكرار نفسه ، وليس مجرد إيقاف الأسباب المؤدية إليه.

- خامساً ، يتعرف هذا التقرير على العديد من القوى الاجتماعية الرئيسية التى تتكرر كأسباب للمراضة الاجتماعية والنفسانية. فللممارسات النوعية (gender practices) القمعية عقابيل مدمرة واسعة النطاق ؛ لذلك يعد تقوية دور المرأة وتعليم النساء ، وتقديم الدعم للأسر والشباب ، من العوامل الحيوية لتقليل حدة أغلب المشكلات التى تم تناولها. وتولد الصراعات العرقية العنف ، وتهجير السكان ، والصدمات العاطفية ، والاكتئاب. وللفقر النسبى والمطلق تأثيرات عريضة ؛ لذلك فإن زيادة حجم الاستثمار فى المجتمعات الفقيرة يعد من العوامل الحيوية لتحطيم دورات المراضة الاجتماعية والنفسانية. وتؤدى السياسات الاقتصادية التى تتسبب فى قدر كبير من عدم المساواة فى توزيع الثروات والموارد الاجتماعية ، وتلك التى تعزل المجتمعات عن السلطة السياسية والفرص الاقتصادية ، والتى تحجب النظم الأمنية عن أولئك الذين هم أشد الناس احتياجا لها ، إلى إفراز دورات العنف واليأس المرتبطة باعتلال الصحة .

دور سياسات التنمية الاقتصادية فى الصحة العقلية

يتمثل الاستنتاج العام الرابع لهذا التقرير ، فى أن السياسات الاقتصادية ترتبط ارتباطا وثيقا بالمشكلات المتعلقة بالصحة العقلية ، والسلوكية ، والاجتماعية.

وما الحدود الفاصلة بين تحسين الصحة ، وتحفيز التنمية الاقتصادية ، وإثراء المجتمع ، إلا حدود مصطنعة. وليست الصحة ولا الصحة العقلية ترفا (luxury) ، أو شيئا يمكن تقديمه عندما يكون المجتمع قد أنتج قدرا من الثروة يكفى لدفع نفقاتهما. وعلى العكس من ذلك ، تعد صحة السكان - على المدى البعيد - من أهم محدِّدات إنتاجيتهم الاقتصادية.

يشير الاهتمام بتأثير الصحة العقلية على الاستراتيجيات التنموية ، إلى أننا نتفكر فى ما نعنيه بالتنمية. وإذا فهمنا التنمية ، بصورة أساسية ، على أنها توازن العملات الأجنبية ، حيث يتطلب تحقيق هذا التوازن توفير السلع بأسعار تنافسية ، مما يتطلب بدوره تخفيض الأجور، وارتفاع معدلات البطالة ، وتدنى مستويات المعيشة ، وتقليص الإنفاق على الأنشطة الاجتماعية بصورة صارمة - فسيعنى هذا أن أية سياسة صحية توجد فى ظل هذه " التعديلات " ، ستحاول حل هذه المشكلات بصورة تدريجية تنشأ فى واقع الأمر على مستوى الأنظمة .

وتهدف الجهود المبذولة "لإعادة هيكلة" اقتصاد ما - بمعنى تخفيض قيمة العملة ورفع الدعم عن الإنفاق الاجتماعى - إلى تحسين الأساس الاقتصادى للظروف البشرية. وعادة ما تكون تلك مسألة مجردة (abstract) بالنسبة لعالم الاقتصاد فى البنك الدولى أو صندوق النقد الدولى ، وكثيرا ما تكون تأثيراتها بعيدة عن القادة الوطنيين الذين ينفذون السياسات الإصلاحية من داخل حدود عاصمة ملكهم. أما بالنسبة لأولئك الذين يقبعون عند قاعدة الهرم الاجتماعى - الاقتصادى ، فكثيرا ما تعد هذه التحولات بمثابة مسألة حياة أو موت. وعلى هذا ، فلا يجب أن تصبح " تنافسية السوق العالمية " شعارا للسياسات التى تفيد من يملكون الثروة ، ومالثوسية(*) فيما يتعلق بالمعاناة البشرية. وإذا أصبح الاستثمار فى مجالى صحة وعافية السكان من بين الأهداف الجادة ، فلابد من أن يضع من يقومون بصياغة وتنفيذ السياسات الصحية والاقتصادية ، فى أذهانهم دوما أن ما يتم " تنميته " تحديدا فى البلدان

(*) (Malthusian : ذات علاقة بنظرية مالثوس [1766-1834] القائلة بأن عدد السكان يزايد بنسبة تفوق ازدياد الموارد الغذائية ، وبأنه لابد من تحديد النسل) -المترجم.

الفقيرة هو القدرة البشرية الكامنة (human potential) لمجتمع بعينه. وكما تعكس أفضل المشروعات التنموية دوما ، وكما يجادل به كثير من أفراد الوسط التنموى الآن ، يجب أن تصبح القضايا الحيوية هى كيفية تعزيز الجوانب الإنسانية الإيجابية للنمو الاقتصادى ، وفى الوقت نفسه التقليل من تأثيراته السلبية. وفى أحد المستويات العملية ، يجب أن يتم إشراك المختصين بالصحة العامة والصحة العقلية فى مراجعة المشروعات والسياسات التنموية ، من أجل تحديد تأثيرها المحتمل على الصحة وعلى الصحة العقلية لأولئك المعنيين بها.

تتأثر خدمات الصحة العقلية بصورة كبيرة بسياسات إعادة الهيكلة (restructuring policies) وفى حالات لا تحصى ، تقبل البنك الدولى تلك الميزانيات الضئيلة بصورة مزرية ، والمخصصة للخدمات الصحية فى البلدان الفقيرة ، وكذلك المفارقات الكبرى فى توزيع الثروة بين الاقتصاديات المتقدمة وتلك المتخلفة ، كحقائق حياتية مستغلقة (impervious) على الإرادة البشرية فى مواجهة التقشف المالى العالمى. ويوجه النصح للحكومات بأن "تستهدف" مواردها للرعاية الصحية ، كما يطلب من أكثر المجتمعات فقرا أن تهجر الرعاية الثالثية (tertiary care) والتكنولوجيا الطبية المتقدمة. ويمكن قراءة تقرير " الاستثمار فى مجال الصحة " للبنك الدولى ، كما لو كان يوحى بأنه يمكن النظر لخدمات الصحة العقلية على أنها " استنسابية "(*) ، أى أنها خارج حزمة الخدمات الإكلينيكية " الضرورية " ، لذا يترك معظمها للقطاع الخاص[٥]. وتقف هذه الرؤية على العكس تماما من تلك التى يدعو إليها هذا التقرير.

دور الثقافة والمؤسسات المحلية

شدّد هذا التقرير على الأهمية القصوى التى للتركيز على الثقافة ، وعلى المؤسسات الاجتماعية المحلية والعوالم الثقافية ، بالنسبة للجهود المبذولة لفهم المشكلات والاستجابات المعقدة قيد المناقشة. وتتميز الأنماط التى اعتمدناها – الانتحار ، والعنف

(*) (discretionary : متروك لتقدير المرء أو ممارس طبقًا لما يراه مناسبًا) – المترجم.

ضد النساء ، وإساءة معاملة الأطفال ، وتعاطى الكحول أو عقاقير الإدمان ، والاكتئاب – بمعان مختلفة فى المجتمعات المختلفة. وتشير تلك إلى تلك القضايا التى كثيرا ما تكون محلا للخلاف الحاد ضمن الأطر الثقافية، والدينية ، والسياسية المحلية. ويستجيب الناس لهذه القضايا بما يتوافر من الإمكانات المحلية ، ولذلك فقد حذرنا من الاعتداء على " المعتقدات والممارسات التقليدية " ، والتى كانت قاسما مشتركا لأغلب المبادرات الصحية .

وفى الوقت نفسه ، فنحن لا نصور " التقاليد " بصورة رومانتيكية (romanticize). ويخدم كثير من الممارسات التقليدية السلطة المحلية والمصالح الأبوية (patriarchal) ، وتؤدى إلى أنماط محلية من القمع والشقاء. ويمكن أن تكون الأنماط " التقليدية " لرعاية المرضى العقليين أو للاستجابة لأولئك المصابين بالصرع ، قمعية بنفس القدر الذى تكون عليه بعض الأنماط التقليدية للتعامل مع النسوة حديثات العهد بالزواج أو بالترمل. ولابد من أن تدعم السياسات الوطنية والدولية تحدى تلك التقاليد من قبل الأفراد والجماعات التى تدافع عن حقوق الإنسان .

وبالإضافة إلى ذلك ، فلا يمكن إيجاد حلول للمشكلات التى ناقشناها ، إلا فيما يتعلق بالمؤسسات المحلية والموارد المجتمعية . كما أن بعضا من أكثر البرامج التى قمنا بتمحيصها تجديدا ، مثل برنامج الرعاية القروى للأطفال الذين تيتموا خلال حرب الاستقلال فى إريتريا ، والبرنامج الذى يهدف لتحفيز التفاعل بين مهنيى الصحة العقلية وبين المعالجين فى مالى ، وبرامج التأهيل المرتكزة على المصانع لرعاية المتخلفين عقليا والمرضى العقليين من البالغين فى الصين ، تنبع عن التعاون الناتج بين الدولة وبين المجتمعات المحلية . وحصلت الجهود المماثلة التى تسعى لتقديم رعاية صحية عقلية متوافقة مع الثقافة المحلية ،على بعض التعاطف فى أمريكا الشمالية ؛ ومن أوضح الأمثلة هنا ، هناك برامج الروحانية الأرومية (aboriginal spirituality) لمعالجة الهنود الحمر الأمريكيين الذين يعانون من مشكلات متعلقة بإدمان المخدرات فى بعض السجون الأمريكية وكثير من مثيلاتها فى كندا(٦). وبالنسبة للمستقبل المنظور ، ستصبح ندرة المختصين المدربين فى مجالى الصحة العقلية والخدمات الاجتماعية من حقائق الحياة فى أغلب أجزاء العالم. ولذلك ، فسيكون على الجهود التى تسعى لبناء نظم الرعاية أن تتعرف على أهمية النماذج المحلية للمعالجة ، بالإضافة إلى تدريب المهنيين والمساعدين على الوعى الثقافى (cultural awareness).

وستشترك أفضل الحلول فى بعض الخصائص المميزة حيثما وجدت :

- ستتعرف تلك الحلول ، بقدر المستطاع ، على أوجه التنوع الثقافى والعرقى ، كما سيتم التحكم فيها وإدارتها على المستوى المحلى.

- ستعتمد الحلول على الأوجه المحلية للقوة والموارد ، فى حين تحاول إصلاح أوجه الضعف المحلية.

- ستحاول تلك الحلول أن تخفف من حدة أسوأ أوجه عدم المساواة الاقتصادية والبنيوية ، وأن تعزز حقوق الإنسان.

- كما أنها ستهتم بصورة جدية بالارتباط الأساسى القائم بين عافية الأفراد وعافية المجتمعات ككل.

النماذج الناجحة وتوجيهات من أجل التغيير

ختاما ، وبرغم ضخامة المشكلات التى تواجه كثيرا من المجتمعات الفقيرة فى العالم ، يخلص هذا التقرير إلى أن فرص التدخل الفعال فى مجال الصحة العقلية والاجتماعية أعظم بكثير مما افترضه بعض الباحثين. وتقدم التطورات التى حدثت فى العلاجات النفسية - الاجتماعية وتلك الدوائية سببا لهذا التفاؤل. وأثبتت برامج التدخل كونها واعدة ، كما أثبتت المقاربات الجديدة لخدمات الصحة العقلية نوعية التطورات التى يمكن تحقيقها بكلفة زهيدة نسبيا.

تقدم البرامج المبتكرة العديدة التى وصفت على صفحات هذا التقرير نماذج مهمة يجب تدعيمها عند إجراء الأبحاث المستقبلية. وتظهر خدمات التأهيل النفسانى المجتمعية الارتكاز فى الصين، والتى وصفت فى الفصل الثانى من الكتاب، كيف يمكن لشبكات الوصاية أن تحسن من فعالية الخدمات الإكلينيكية فى حين تقلل من تكاليف هذه الخدمات. ويوضح برنامج الدكتور لامبو (Lambo) فى غرب نيجيريا ، مزايا معالجة المرضى العقليين داخل المجتمع نفسه. وتشير المزاوجة المبتكرة للدكتور جينيس

(Guinness) فى سوازيلاند ، بين برنامج للصحة العقلية وبين نظام الرعاية الصحية الأولية للبلاد، إلى قيمة الفعالية مقابل التكلفة بالنسبة لتدريب ممرضات الرعاية الصحية العقلية على تقديم الرعاية للمرضى داخل المجتمع. وطوال عقد ونيف ، قدمت منظمة الصحة العالمية الدعم للمشروعات الجارية فى بلدان متباعدة مثل الهند، وتنزانيا، والفلبين ، والتى تظهر السبل التى يمكن من خلالها تحسين الرعاية الصحية العقلية فى سياق الرعاية الصحية الأولية بطريقة فعالة بالنسبة لتكلفتها.

ساعدت البرامج ذات الفعالية المماثلة ،المجتمعات على مواجهة العنف ، ومعالجة مدمنى المخدرات الناقهين ، وتحسين نوعية الحياة التى يعيشها المسنون. و مثّل نجاح برامج مكافحة العنف المنزلى والاغتصاب فى المكسيك، والموصوفة فى الفصل الثامن، حافزا للبلدان المختلفة لتطوير برامج مماثلة ؛ كما أن نجاح المعالجين الشعبيين و" بوموهات العقاقير " فى ماليزيا، والذى يعتمد بصورة كبيرة على نجاح البوموه (bomoh) فى إعادة غرس القيم التقليدية ، ومساعدة المريض على استعادة هويته الذاتية ، يشير إلى فعالية المقاربات التقليدية تجاه إدمان المخدرات. وفى زيمبابوى ، تقدم التسهيلات السكنية التعاونية المنخفضة التكاليف ، وسيلة لمساعدة المسنين المعوزين على تدبير حياتهم اليومية والمحافظة على إحساس بالاستقلالية والقيمة الذاتية ؛ وتتميز تلك التسهيلات بانخفاض تكلفة تشغيلها ، وتوفيرها لنوعية حياتية أفضل مما توفره البرامج المؤسساتية الارتكاز. وفى الإكوادور، أنشأت إحدى المنظمات غير الحكومية برنامجا لتوفير فرص التوظيف للمسنين وتمكينهم من اكتساب دخل متواضع فى الوقت نفسه الذى يعزز فيه إحساسهم بالعافية (انظر الفصل التاسع).

ساعدت التدخلات الأخرى على المستوى السلوكى على منع حدوث المزيد من الوفيات والمعاناة التى لا ضرورة لها. وفى عام ١٩٨٨، أطلق الرئيس الغانى حملة للصحة العامة للقضاء على مرض التنينات (دودة غينيا : dracunculiasis) من خلال ترشيح موارد المياه ، ومنع المصابين بالمرض من تلويث موارد المياه النقية. وبحلول نهاية العام الأول من عمر البرنامج ، انخفضت معدلات الإصابة بالمرض بنسبة ٣٠٪. وبعد ذلك بأربعة أعوام ، انخفض عدد حالات الإصابة بالمرض فى غانا من ١٨٠.٠٠٠ إلى ٣٠.٠٠٠ (انظر الفصل العاشر). وفى هايتى، أظهرت الأبحاث التى أجراها

بروج فيي سانت (Sante) أنه بالإمكان تقليل معدلات الإزمان فى مرضى التدرن بصورة معتبرة ، باستخدام دعم مالى ضئيل والإضافات الغذائية (انظر الفصل العاشر) ؛ كما أظهر مشروع حديث تم تنفيذه فى جوملا بنيبال (تم ذكره فى الفصل السابع) ، أنه بالإمكان تقليل معدلات المراضة والوفيات فى الأطفال بصورة كبيرة بتطبيق بعض الإجراءات المنخفضة التكاليف ؛ فقد قللت إحدى خدمات تدبير حالات الالتهاب الرئوى من المعدلات الإجمالية لوفيات الأطفال فى المنطقة بنسبة ٢٨٪ ، كما قلل برنامج تقديم إضافات الفيتامين "أ" للأطفال من معدلات الوفيات بنسبة ٢٦٪ ، كما قلل من معدلات الوفيات الناجمة عن الإسهال بنسبة الثلث. وبذلك ، انخفضت معدلات وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين السادسة والثانية عشرة بنسبة النصف. وبالمثل ، فقد توصلت إحدى التدخلات المجتمعية الارتكاز لتحسين المستويات الصحية الشخصية ، وتقليل المراضة الناجمة عن الإسهال ، وتحسين معدلات النمو للأطفال الذين يعيشون على ضفاف نهر البادما فى بنجلادش ، إلى تقليل معدلات انتشار الإسهال وعدد الأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد. وتؤدى المعرفة المتزايدة بالصحة الشخصية ، وتعديل السلوك ، إلى انخفاض معدلات حدوث الأمراض المتعلقة بالإسهال ، وتقليل الإصابة بسوء التغذية حتى تحت ظروف الفقر المدقع. وبهذه الطريقة، لا يتم إنقاذ الأرواح فحسب ، بل يتم تجنيب الأمهات والأسر ذلك الحزن وتلك المعاناة المرتبطين بوفيات الأطفال فى سن مبكرة.

وتقدم مثل هذه البرامج التجريبية نماذج حيوية لجيل جديد من خدمات الصحة العقلية . وفى كثير من الأحيان ، يمكن لالتزام الأفراد ، والمجتمعات ، والحكومات ، مقترنا بالحد الأدنى من الإنفاق المالى ، أن يحقق تقدما كبيرا فى الصحة العقلية للمواطنين ؛ كما أن تعبئة سكان المناطق الريفية ، وتمكين الأفراد من ذوى المهارات لفهم ورعاية أقاربهم المعتلين عقليا ، ودعم الأفراد الذين يمتلكون الإمكانات الكافية لتقديم الرعاية، تسهم جميعها فى إيجاد سبل فعالة لمعالجة المرض العقلى وتحسين نوعية الحياة بصورة عامة. وإذا تم تطبيق هذه المقاربات على نطاق أوسع ، فستوفر على المؤسسات عشرات الملايين من الدولارات على المدى البعيد. وبالفعل ، فليست هناك حاجة دائما لاستراتيجيات علاجية معقدة ومكلفة عند تطوير البرامج القوية ، والفعالة ، والمتوافقة مع الثقافة المحلية ، من أجل التعامل مع المشكلات الصحية.

ولابد من معالجة (tempering) الحماس من خلال ملاحظتين ؛ ففى حين أظهرت المشروعات التجريبية (demonstration projects) الناجحة فائدتها وإمكانية تطبيقها فى الأطر المحلية ، لم يتم تعميم إلا القليل منها ، مع تطويرها منهجيا ، والتوسع فيها لخدمة قطاعات متنامية من المجتمع بطريقة مستدامة. وفى أغلب الحالات ، تبقى تلك المشروعات معتمدة على تمويل الهيئات التنموية ، أو على القدرات الاستثنائية (charisma) لشخص منفرد أو لفريق صغير من مقدمى الرعاية ، أو على تحمس منطقة جغرافية صغيرة. وبذلك ، فبالإضافة إلى تطوير وتقييم البرامج التجريبية المبتكرة ، لابد من توجيه عناية خاصة لتعميم البرامج الناجحة ، ولبناء أنظمة مستدامة (sustainable) للرعاية الصحية ، مما يمثل تحديا هائلا. ثانيا، يمكن أن يتسبب كل من المعوقات البيروقراطية وسياسات إعادة الهيكلة الاقتصادية ، فى حرمان المجتمع من الموارد الضرورية لتطوير ومتابعة البرامج المبتكرة. ويجب تشجيع الحكومات على الاستثمار فى مجال الصحة العقلية ، وعلى اعتبار تلك الخدمات ضرورية من أجل العافية الاجتماعية والاقتصادية لمجتمعاتها. وستكون هناك حاجة لالتزام دولى بالاستثمار فى مجال الرعاية الصحية العقلية ، إذا أريد ترسيخ أنماط الرعاية هذه .

ما الذى يتوجب عمله ؟ مواجهة التحدى

تصرخ المشكلات الصحية التى تمت مراجعتها على هذه الصفحات طلبا للاستجابة الملموسة ، وهى ذات ثقل معتبر فى مدى اتساعها ، كما أنه ليس من الممكن حلها باستخدام الحلول السهلة. وفى الكثير من المجتمعات ، تكون الموارد المتاحة للاستجابة لها محدودة بصورة غير عادية. فكيف نستطيع تفهم هذه المشكلات بطريقة تستثير الفعل وليس الفزع ؟ وما هى الأولويات ، وكيف يمكننا أن نبدأ العمل؟

ونحن نقترح هنا إطارا مفاهيميا (conceptual frame) للمساعدة فى رسم خريطة لحدود الفعل ولتنظيم العمل . ونعتقد أنه يمكن تناول مشكلات الصحة العقلية فى العالم بطرق ثلاث:

١ – من خلال الخدمات الصحية والتقنيات الطبية الملائمة ؛

٢ – من خلال جيل جديد من تدخلات الصحة العامة ؛ وأخيرا

٣ – من خلال الابتكارات الملائمة فيما يتعلق بالسياسات الوطنية والدولية .

ويتيح لنا هذا الإطار أن نتعرف على الأسس المعرفية والتقنيات المتوافرة، كما يشجع التفكير المنهجى فى تطوير وتقييم التدخلات اللازمة لحل المشكلات التى قمنا بدراستها .

خدمات الصحة العقلية

على عكس الخرافات السائدة ، يمكن معالجة مشكلات الصحة العقلية بفاعلية ، كما يمكن توفير العلاج والوقاية من تلك المشكلات بكلفة مقبولة. وبذلك تلعب الخدمات الفعالة للصحة العقلية دورا حيويا فى مواجهة التحديات التى وصفت فى هذا التقرير. ومكّنت التطورات فى العقاقير المتوافرة المعدلة للحالة النفسية (psychotropic) ، من تقديم العلاج الطبى لحالات مرضية كان من المعتقد فى الماضى أنها غير قابلة للمعالجة الدوائية. وتوفر التطورات الحادثة فى مجالى التدخلات النفسية – التربوية ، والتأهيل النفسى – الاجتماعى ، أنماطا علاجية إضافية لتحسين نتائج العلاج. وأدت المراقبة والأبحاث التى قامت بها منظمة الصحة العالمية على مدى عقدين من الزمان ، إلى إجماع عريض على المبادئ الأساسية التى يجب أن تقود تطوير خدمات الصحة العقلية. ويشتمل هذا الإجماع على اعتبار الصحة والصحة العقلية أمران لا يمكن الفصل بينهما ، واعتبار أن الرعاية الصحية العقلية جزء لا يتجزأ من الخدمات الصحية الضرورية. ومع ظهور جهود جديدة لتطوير الرعاية الأولية والخدمات الصحية فى كثير من المجتمعات ، من الضرورى أن يتم تقوية ، وتنمية ، وتطوير ، نوعية خدمات الصحة العقلية المتكاملة والمجتمعية الارتكاز.

إطار ١١-١: ما تعد به الرعاية الصحية العقلية فى مالى

تؤكد التطورات الحديثة التى شهدتها الرعاية الصحية العقلية فى مالى ، وهى دولة معزولة وفقيرة فى غرب أفريقيا ، ويبلغ تعداد سكانها ثمانية ملايين ، على أهمية كل من التحولات التى ينفذها كثير من الدول الأفريقية ، والمعوقات الاقتصادية التى تكتنف تنفيذ تلك التحولات .

ظل البروفسور بابا كومارى (Koumare) ، وهو أحد اثنين من الأطباء الماليين الذين تلقوا تدريبا متكاملا فى الطب النفسى والذين يعملون فى هذا البلد، قائدا مؤثرا لحركة جديدة فى الطب النفسى. فبعد إلغاء الممارسات العتيقة التى كانت تقضى بحبس المرضى العقليين دون أية رعاية نفسانية، تقدم كومارى وزملاؤه حركة لوضع الإرشادات والإجراءات اللازمة لتقديم خدمات الصحة العقلية فى جميع أرجاء البلاد. وفى عام ١٩٨٣، تبنت حكومة مالى برنامجا وطنيا للصحة العقلية ، مما أوجد بنية هرمية للرعاية النفسانية ، والتى تتراوح بين الممارسات الطقوسية فى القرى ، وبين الخدمات النفسانية فى مستشفيات العاصمة. ومن خلال هذا النظام ، تم دمج الرعاية الصحية العقلية فى خدمات الرعاية الصحية الأولية القائمة بالفعل ، كما استلزم الأمر تدريب ممرضات الرعاية الصحية الأولية وغيرهن من العاملين الصحيين على جميع أوجه الرعاية المتعلقة بالصحة العقلية ، بما فيها الإلمام بالأوجه الاجتماعية – الثقافية للضوائق النفسية. وعملت اللجان الصحية المحلية كمراكز ارتباط فى جميع المجتمعات الريفية والحضرية ، فى حين استمر المداوون التقليديون فى تأدية ممارساتهم الطقوسية فى القرى (تحت إشراف المتخصصين فى تقديم الرعاية الصحية).

تميز هذا النظام الجديد للرعاية بتعزيز الاعتماد على الذات، ودعم المداوين التقليديين ، ووجود نظام متكامل للرعاية الصحية يستمد جذوره من الرعاية الصحية الأولية ، مما يشير – بالترادف مع تحرر الرعاية الصحية عموما – إلى وجود ثلاث ركائز أساسية ؛ فكان من الضرورى منح كل مريض وكل من أفراد أسرته كوخا تقليديا فى القرية المبنية على أراضى المستشفى ؛ واعتمد الأطباء الممارسون على نمط تقليدى من المسرح البامبرى(*) ، يسمى " كوتيب ا" (Koteba) ، كأحد الإجراءات العلاجية المعتادة(٧)؛ بالإضافة إلى أن المرضى الذين استقرت حالتهم المرضية، والذين لا أسرة لهم ، والمرضى المقاومين للعلاج النفسانى ، كانوا يتلقون الرعاية من قبل المعالجين التقليديين الذين يعملون تحت إشراف الطبيب النفسى.

(*) Bambra theater : نسبة شعب البامبرا الذى يستوطن جنوب مالى ، إلى الشرق والجنوب من العاصمة باماكو– المترجم).

وبرغم أن حكومة مالى قدمت الدعم ، من حيث المبدأ ، للتحولات الحادثة فى مجال الرعاية الصحية العقلية، فقد أدى العجز عن توفير الدعم المادى إلى توقف هذه التحولات عند منتصف الطريق ، كما لم يتم تنفيذ السياسات المعتمدة بصورة كاملة نتيجة لنقص عدد العاملين وللمشكلات المتعلقة بالسفر والاتصال بين منطقة وأخرى . ومثلها مثل غيرها من البلدان الأفريقية، تتعرض مالى لانهيار اقتصادى خطير نتيجة للافتقار إلى البنية التحتية وإلى الموارد؛ كما أنها لا تمتلك القدرة المالية اللازمة لتنفيذ الكثير من الخدمات العامة الضرورية . وبذلك ، فبرغم النوايا الحسنة، وبرغم القدرة على تقديم الرعاية المتطورة التى تتميز بحساسيتها للثقافة المحلية، تمثل المعوقات المادية عائقا يستحيل تخطيه. ويمكن للهيئات الدولية أن تقدم مساهمة جليلة بتقديم الاعتمادات المالية اللازمة لتنفيذ تلك البرامج المبتكرة واستدامتها(٨).

التدخلات المتعلقة بالصحة العامة

خلال السنوات الأخيرة ، بذلت الجهود المبتكرة لتعديل نماذج الصحة العامة بحيث يمكن تطبيقها على مشكلات الصحة العقلية. وتتسم أعواز المغذيات الدقيقة والأمراض المعدية للرضع والأطفال بكونها قابلة للحل من خلال برامج التدخل التقليدية ، كما يمكن أن تسهم فى الوقاية من الإصابة بالاضطرابات العصبية – النفسانية ، كما أوضحته أبحاث مجموعة العمل المكلفة من قبل منظمة الصحة العالمية(٩). وتم طرح نماذج جديدة للصحة العامة: مثل النماذج الوبائية (epidemiological models) للبحث وتقييم معدلات الاختطار ، والأبحاث الأنثروبولوجية والمجتمعية التى تهدف لتقييم السياق الاجتماعى والثقافى لأنواع السلوك المحددة (مثل تعاطى المخدرات بالحقن الوريدى) ، والمقاربات المجتمعية للوقاية (مثل الوقاية من العنف الذى تشهده الشوارع) ، ولتحسين الصحة(١٠). وفى كثير من الحالات ، تدعو الحاجة لتطبيق التدخلات المتعددة القطاعات (intersectoral interventions) – أى تلك البرامج التى تتداخل فيها الفروع العلمية المختلفة ، والتى تشترك فى تنفيذها وزارات الصحة ، والإسكان العمومى ، والعمل ، والمالية ، والأمن ، والرخاء الاجتماعى ، بالإضافة إلى النظام القضائى للبلاد. ويتمثل التحدى القائم حاليا فى منح أولوية جديدة لهذه المشكلات ،

وتطوير استراتيجيات إضافية، ثم إعادة تطبيق الجهود الناجحة على قطاع أعرض من المواقف بطرق ملائمة للثقافات المحلية .

التدخلات المتعلقة بالسياسات العمومية

فى حين يكون من الضرورى تطوير السياسات المتعلقة بالصحة (health policy) للوقاية والخدمات الصحية ، هناك حاجة مماثلة لتطوير ما أطلق عليه الطبيب المكسيكى الدكتور خوليو فرينك (Frenk) ، اسم " السياسات الصحية " (healthy policy) على المستويين الوطنى والدولى ، من أجل تحقيق التقدم فى تناول كثير من أهم المشكلات التى تواجهنا فى العصر الحالى[١١].

يجب توجيه العناية الصريحة للتأثيرات المتعلقة بالسياسات الاجتماعية والاقتصادية – من قبل الباحثين ، والحكومات الوطنية ، والمؤسسات الخاصة ، والهيئات الدولية. ومن البديهى أن تظهر فائدة السياسات التى تشجع التوظيف الذى يدر دخلا مربحا ، والتى تقلل من مستويات الفقر ، وتعمل على حماية البيئة ، وتحسين نوعية أوقات الفراغ ، وتوفير التعليم الأساسى ، والرعاية الصحية الأولية ، والمسكن الملائم ، والتغذية الكافية للجميع. وليست هذه السياسات مسلّمات (concessions) متعلقة برؤية مجردة للعدل الاجتماعى فحسب ؛ بل إن لها تأثيرات فعلية على صحة الأفراد والمجتمعات.

وللسياسات الأخرى تأثيرات محددة على الصحة العقلية. وقد يبدو التعليم الإلزامى للنساء ، منذ المرحلة الابتدائية وحتى إتمام الدراسة الثانوية ، بعيدا لأول وهلة عن تلك القضايا مثل وفيات الرضع وإدمان المخدرات. ومع ذلك ، فهناك أدلة طاغية على أن تعليم النساء هو أهم العوامل المنفردة لتحسين صحة الرضع والأطفال ، بل إنه يعد أحد العوامل المساعدة فى تقليل معدلات استهلاك الأزواج للكحول (مما يقلل بدوره من السلوك العدوانى للذكور) ؛ وكلما زاد قسط التعليم الذى حصلت عليه المرأة ، ازدادت مواردها وقل احتمالها لتقبل إنفاق قدر كبير من دخل الأسرة على شراء الكحول[١٢].

وتقدم المقاربات الحديثة لتحليل صياغة وتنفيذ السياسات ، ولتقدير تكاليف ومزايا سياسات بعينها ، فرصة لزيادة فهمنا للسياسات المتعلقة بالصحة العقلية ، ولوضع التوصيات المتعلقة بالسياسات على أساس أمبريقى (تخبرى) متين .

لا يمكن معالجة المشكلات التى وصفناها على صفحات هذا الكتاب ، بصورة منفصلة من خلال الخدمات الإكلينيكية ، أو أنشطة الصحة العامة،أو السياسات الاجتماعية العريضة. فكل منها يتطلب بعض الاقتران بين تلك المقاربات. وعلى أية حال، يقدم هذا التنميط (categorization) العام ، إطارا لتحديد الأسس المعرفية ، ولتنظيم الأفعال الأكثر ملاءمة لمشكلات بعينها.

توصيات متعلقة بمبادرات معينة

يحتل العديد من القضايا أولويات قصوى. وهى تدعو لوجود اهتمام راسخ من قبل المجتمع البحثى، والهيئات الدولية ، والحكومات المحلية. ولا تطرح النقاط التالية صيغا لتطوير الحلول النوعية ، بل إنها تقترح طريقة للتفكير بالمشكلات ، تتعرف على كل من تعقيدها من منظور السياسات ، وعلى حقيقة أنه فى نهاية الأمر، سيكون أولئك الأشخاص الأكثر اهتماما بالتحالف مع التحولات الإيجابية فى عالمهم المحلى ، هم أكثر الناس تضررا من المشكلة المعنية.

١- نقترح إيجاد مبادرة كبرى لتطوير نوعية الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية فى بلدان أفريقيا ، وآسيا، وأمريكا اللاتينية ، والشرق الأوسط.

تلعب خدمات الصحة العقلية دورا حيويا فى تخفيف المعاناة المرتبطة بالأمراض العصبية - النفسانية ، والضوائق النفسية ، والمراضة السلوكية.وتمكّن الأطفال المكروبين ، والنساء المضطهدات، والمسنين ، وضحايا العنف السياسى ، وأولئك الذين أقدموا على محاولة الانتحار أو مدمنى الكحول والمخدرات، وعلى وجه الخصوص أولئك الذين يعانون أمراضا عقلية حادة ومزمنة ، أن يتلقوا مساعدة فعالة من خلال الخدمات الصحية العقلية الفعالة. ومع التطورات الحادثة فى الأدوية النفسانية التأثير والأنماط

التخصصية من التدخلات النفسية - الاجتماعية ، تصبح إمكانية تحقيق الفائدة المرجوة أكبر من مثيلاتها فى أى وقت على مدار التاريخ.

ومع ذلك ، فإن خدمات الصحة العقلية تتسم بالقصور فى كثير من المجتمعات ؛ فهناك ندرة فى الممارسين ذوى التدريب الجيد ، ولا تتوافر الأدوية ولا التدخلات النفسية - الاجتماعية أو أنها ذات نوعية رديئة ، وحتى عند وجود الخبرة والموارد ، فنادرا ما تصل تلك إلى المجتمعات التى هى أشد احتياجا إليها. وكثيرا ما تتعرض حقوق الإنسان للمرضى العقليين لانتهاكات خطيرة ، وغالبا ما تكون خدمات الصحة العقلية مرتبطة بالرقابة الاجتماعية (social control). وهناك عوائق هائلة أمام تطوير خدمات للصحة العقلية تتسم بارتفاع مستواها ، وشموليتها ، وانتشارها الواسع. ونادرا ما يتم تعميم البرامج المبتكرة ، كما أن برامج الصحة العقلية تتسم بكون استدامتها صعبة على وجه الخصوص. وهناك حاجة للاستثمارات المالية ، كما نحتاج إلى الإبداع من أجل إنشاء البرامج التى تجمع بين الموارد المحلية وبين المعرفة المهنية.

وتتميز الجهود التأهيلية التى بذلتها الصين ، والموصوفة فى الفصل الثانى (انظر إطار ٢-٦) ، بأهمية خاصة هنا ، نظرا لحدوث الابتكارات فى عدد من المدن الكبرى والمناطق الريفية ، كما كانت ذاتية الاستدامة لدرجة كبيرة. وتستحق مثل هذه البرامج دراسة متأنية ، كما يتوجب أن تتاح الخبرات المتكونة أثناء تنفيذ مثل هذه المشروعات للمختصين بالصحة العقلية فى المجتمعات الأخرى. وقد يكون لإنشاء مراكز إقليمية ودولية جديدة للبحث والتدريب أهمية حيوية إذا أردنا أن تنجح جهود تقييم وتوزيع أفضل ما يتيحه الجيل الجديد من خدمات الصحة العقلية .

وقد اتضحت حاليا ، بصورة معقولة، تلك المبادئ الأساسية التى يجب أن توجه تطوير الخدمات المجتمعية الارتكاز. ويتوجب مناقشة رعاية المرضى العقليين بصورة محددة عند إعداد الخطط الصحية الوطنية والإقليمية ، بما فيها الوصف الدقيق والواضح للأنشطة التى يجب تنفيذها ، والمخصصات المالية الملائمة لتنفيذ مثل تلك الأنشطة. وهناك حاجة لتأصيل خدمات الصحة العقلية فى المجتمعات المختلفة ، وتعديلها بما يتوافق مع الظروف المحلية ، إذا أردنا لهذه الخدمات أن تصبح مستدامة ،

كما يجب أن تتناول أهم المشكلات الموجودة فى مجتمع بعينه. ويحتاج نظام الرعاية الصحية الأولية ، وهو النظام القائم بالفعل للخدمات الصحية العقلية فى كثير من المجتمعات ،إلى التطوير من أجل تحسين مستويات معالجة الاضطرابات العصبية - النفسانية. ولابد من الاعتراف الرسمى بتطوير الرعاية الصحية العقلية للمرضى العقليين ، كأحد الأوجه الضرورية للرعاية الصحية الأولية (كما ينص عليه إعلان ألما أتا) ، كما يتوجب على التقارير المتعلقة بفعالية أنشطة الرعاية الصحية الأولية أن تضع فى اعتبارها تلك القضايا المتعلقة بالصحة العقلية. وتتطلب التحسينات على نظام الرعاية الصحية العقلية وجود سياسات دوائية وطنية متعلقة بالأدوية النفسانية التأثير ، بالإضافة إلى التوافر الموثوق لتموينات كافية من قائمة مختارة من الأدوية المضادة للاكتئاب ، ومضادات الذهان ، ومضادات الاختلاج. ولابد من أن يضاف إلى الخدمات الحكومية للصحة العقلية ، جماعات الدعم غير الطبية ، وجماعات المستهلكين (consu- mer groups) ، والمؤسسات العلاجية التى تقدم الرعاية الضرورية فى كثير من المجتمعات. وهناك حاجة لحماية الحقوق الإنسانية للمرضى أثناء إعداد التشريعات المتعلقة بالصحة العقلية .

٢ - نوصى ببذل الجهود المنهجية لتطوير التدريب على الصحة العقلية ، كمًا ونوعا ، بالنسبة للعاملين الصحيين فى جميع مستويات التدريب ، من طلبة كليات الطب إلى الأطباء فى مرحلة الدراسات العليا ، ومن الممرضات إلى العاملين الصحيين القرويين. ويجب إدراج وحدات (modules) خاصة بالصحة العقلية وتتمتع بملاءمتها للمهمة المحددة ضمن المناهج الدراسية للطلاب ، وضمن برامج التعليم المستمر من أجل تطوير المهارات المتعلقة بالتعرف، والتدبير ، والتحويل (عند الحاجة لذلك) للمشكلات المتعلقة بالصحة العقلية.

من الضرورى بالنسبة لبرامج الصحة العقلية أن يكون هناك كادر (cadre) صغير من المتخصصين بالصحة العقلية الذين تلقوا تدريبا جيدا؛ أى الأطباء النفسيين (psychiatrists) ، وعلماء النفس (psychologists) ، والأخصائيين الاجتماعيين (social workers) ، وممرضات الطب النفسى.وهؤلاء هم من يجب أن يتولوا قيادة الجهود التى تهدف لترسيخ أولوية الصحة العقلية فى التعليم الطبى والسياسات

الصحية ، كما أنهم مسئولون عن تصميم وتنفيذ البرامج التدريبية ، وتقديم المشورة للعاملين العموميين فى مجال الصحة عندما تواجههم مشكلات عويصة ، وعن الإشراف على رعاية المرضى بأمراض عقلية مزمنة ، وهناك حاجة للدعم من أجل تطوير نوعية التدريب الذى يخضع له أولئك الاختصاصيين ، ولطرح المفاهيم الحالية وتحسين مستويات الرعاية – من علم الأدوية النفسية (psychopharmacology) إلى العلاج التخصصى لمدمنى المخدرات أو لضحايا العنف ، إلى المقاربات الجديدة لخدمات التأهيل المجتمعية. وبالإضافة إلى المعرفة التى تتجمع من خلال الأنشطة الدولية ، هناك حاجة بالنسبة لنتائج الأبحاث المحلية والإقليمية وتجارب وخبرات المجتمعات المحلية ، ومقدمى الرعاية ، والمختصين بالسياسات ، لأن يتم دمجها بصورة منهجية فى البرامج الجارية.

وعلى أية حال ، فبالإضافة إلى تحسين نوعية التدريب الموجه للمتخصصين ، هناك حاجة لجهود جديدة من أجل زيادة فهم الحالات النفسانية بين الأطباء العموميين والمتخصصين فى فروع طبية أخرى ، وتطوير نوعية تدريس العلوم السلوكية فى عملية التعليم الطبى، ومن أجل توفير أنماط جديدة من التدريب الموجه للأطباء الممارسين فى مجال الرعاية الصحية الأولية. وهناك حاجة لإيجاد أنماط جديدة من التدريب إذا أريد للأطباء العموميين أن يلعبوا دورا رئيسيا فى تقديم الرعاية الصحية العقلية ، وتوفير الاستجابات الإكلينيكية للضوائق النفسية ومن الضرورى الاعتناء بالأوجه النفسية – الاجتماعية للرعاية فى عمليات التعليم الطبى والتمريضى إذا أردنا أن يُنظر إلى أنواع المراضة الحديثة كحالات مرضية أصيلة وقابلة للعلاج ، كما يعتبر التدريب على طرق الاتصال بين الطبيب ومريضه ، وعلى الأخلاقيات الطبية (medical ethics) ، وعلى الطب المجتمعى والاجتماعى ، من الأمور المهمة لو أردنا للأطباء أن يلعبوا أدوارا جديدة فى مجال الرعاية. وهناك حاجة لتدريب تخصصى على تشخيص وتدبير الحالات العصبية – النفسانية ، من أجل تحسين نوعية خدمات الصحة العقلية المقدمة فى إطار الرعاية الصحية الأولية. وباعتبار أن الممارسين المجتمعيين يعتمدون فى كثير من الأحيان ، بصورة شبه تامة ، على المنتجات التى تصنعها شركات الأدوية كمصادر للمعلومات الجديدة المتعلقة بالأدوية ، تبرز الحاجة لمبادرات جديدة فى مجال التعليم الطبى المستمر ، من أجل توفير تدريب أكثر أساسية على الاستخدام الفعال والآمن للأدوية المعدلة للحالة النفسية .

وفى وجود التدريب والإشراف الملائمين، يمكن أن يتعلم العاملون فى مجال الرعاية الصحية الأولية من غير الأطباء طرق التشخيص ، والمعالجة ، وسبل تنظيم برامج المتابعة لقسم لا يستهان به من حالات الاكتئاب ، والقلق ، والصرع ، كما يمكنهم – فى وجود الإشراف الكافى – معالجة كثير من المرضى المصابين بالفصام المزمن داخل المجتمع إذا توفرت سبل رفاهتهم الاجتماعية[١٣]. وطورت منظمة الصحة العالمية برامج تدريبية ، وأشارت إلى أنه من الممكن تطبيق هذه البرامج بصورة فعالة فى مجتمعات شديدة التباين كالهند ، والفلبين ، وتنزانيا. وفى المجتمعات التى يقوم فيها غير الأطباء بتقديم جزء معتبر من الرعاية الصحية الأولية ، تعد الأنشطة التدريبية المتخصصة من السبل الفعالة بالنسبة لتكلفتها لتحسين خدمات الصحة العقلية والتوسع فيها.

٣– نوصى بأن توجه سلسلة من الجهود المنظمة نحو تطوير السياسات الحكومية المتعلقة بالجنس (gender) ، ونحو تحريم العنف الموجه ضد النساء ، ونحو تمكين النساء من الناحية الاقتصادية. ويجب أن توجه الأبحاث المتعلقة بتلك الجهود نحو تقييم التأثيرات الصحية العقلية لهذه البرامج – بالنسبة للنساء ، وللأطفال ، وللرجال.

يتمتع الاستثمار فى مجالات صحة ، وتعليم ، وعافية المرأة بأولوية قصوى من أجل تحسين الصحة العقلية فى البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ويظهر تقرير البنك الدولى عن التنمية لعام ١٩٩٣ ، بصورة واضحة ، أن تعليم النساء حتى مستوى إتمام الدراسة الابتدائية يعد أهم المحدِّدات المنفردة لصحتهن وصحة أطفالهن. ويشير تقريرنا إلى أن تعليم النساء يعد استثمارا ذا قيمة متساوية بالنسبة للصحة العقلية لكل من النساء ، والرجال ، والأطفال على حد سواء. ويجعل هذا التعليم النساء أقل احتمالا لتقبل قيام أزواجهن بإنفاق القدر الأكبر من ميزانية الأسرة على الخمر والمقامرة ، بالإضافة إلى جعلهن أكثر تقبلا لبرامج الصحة العامة (بل وربما أكثر انشغالا كشركاء متساوين مع تلك البرامج).

يجب أن تمثل الصحة العقلية للنساء أحد الاهتمامات الرئيسية لصانعى السياسات. وبالإضافة إلى تحسين عافية النساء فى حد ذاته ، والذى يجب أن يحتل

المرتبة الأولى فى قائمة الاهتمامات ، فللمساعدة فى تحسين الوضع الاجتماعى والاقتصادى للمرأة مضامين عديدة. وتؤثر الحاجة لدعم النساء من الناحيتين الاقتصادية والاجتماعية ، بصورة خطيرة ، على كل من فهم وتطبيق الخدمات الحكومية لكثير من الحالات المرضية التى تم تحليلها فى هذا التقرير. وعلى أية حال ، تمثل النساء فى أغلب بقاع العالم الغالبية العظمى من مقدمى الرعاية ، سواء على المستوى الرعاية الأولية أو كملاذ أخير ، بالنسبة لأفراد الأسرة المصابين بإعاقات مزمنة ، بما فيهم الأطفال المتخلفين عقليا ، والمسنين المصابين بالخرف ، والبالغين الذين يعانون من أحد الأمراض العقلية الكبرى. وعلى أقل تقدير ، فمن المصلحة الاجتماعية للمجتمع على المدى البعيد أن يساعد فى تحمل هذا العبء.

من بين أكثر التأثيرات على الصحة العقلية للمشكلات الصحية العامة إزعاجا ، نجد تأثير ارتفاع معدلات وفيات الرضع على الأمهات ، حيث يتوجب اتخاذ القرارات اليائسة بصورة عاجلة فيما يتعلق بتخصيص الموارد المتواضعة للأسرة من أجل إنقاذ أحد الأطفال ، وذلك بحرمان اخوته. ولا يجب أن توضع أى أم فى موقف يتوجب عليها فيه أن تتخذ مثل هذا القرار. ومن هنا يعد توفير دخل كاف للأسرة ، بحيث يمكن للنساء أن تدعم صحة الأسرة ، أحد حقوق الإنسان الأساسية وعاملا حيويا بالنسبة للصحة العقلية للمرأة. وتمثل النساء عاملا حيويا بالنسبة لنجاح أية سياسة صحية بعينها ، وبالنسبة للسياسات الاقتصادية بصورة عامة. ولابد من تمكين النساء من المشاركة الرسمية فى البنى السياسية والاقتصادية لمجتمعاتهن. ولابد من أن تشتمل السياسات التى تنتهجها الحكومات ، وهيئات المعونة الدولية ، والمنظمات غير الحكومية ، على قنوات محددة للأصوات النسائية ، كما يجب أن تتيح الفرصة للنساء لكى يمارسن أدوارا قيادية. ولابد من توفير الرعاية لشبكات الدعم المحلية ، والجماعات النسائية ، والمبادرات المتعلقة بصحة الأمهات. ويجب أن يتم تقييم تلك السياسات ، جزئيا ، على أساس تأثيرها على النساء. فالسياسات التى تؤدى لزيادة فرص حصول المرأة على التعليم وعلى الفرص الاقتصادية (أى السياسات التى تمكن النساء من السيطرة على مقدراتهن ، بما فيها السيطرة على مقدراتهن التناسلية) ، تؤدى بدورها إلى تحسين الصحة ، ليس فقط بالنسبة للنساء ، بل وللمجتمع بأسره ، وبذلك تستحق أن تسمى

" السياسات الصحية " (healthy policies)[١٤]. وبناء على ذلك ، تعتبر السياسات التى تؤجل حدوث هذا النجاح – حسب أفضل الأدلة المتوافرة لدينا – مدمرة لصحة المجموعات السكانية ، لذا يجب مقاومتها بشدة.

٤ – نوصى بإيجاد تحسينات وابتكارات فى مجال خدمات الصحة العقلية للأطفال والمراهقين ، وفى مجال اكتشاف الاضطرابات العقلية والوقاية منها ، وفى البرامج التربوية.

يعتمد الازدهار المستقبلى لجميع البلدان على صحة ، وتعليم ، وتدريب الشباب. ولسوء الحظ ، فقد ساءت خلال الآونة الأخيرة الاتجاهات السائدة فى الاضطرابات العقلية بين الأطفال والمراهقين فى كل من البلدان الغنية والفقيرة.

ولمواجهة تلك الاتجاهات ، فلابد من دمج خدمات الصحة العقلية للأطفال ، خصوصا تلك التى تعزز الاكتشاف المبكر للمشكلات ، فى جميع أنماط الرعاية الصحية. وكما هو الحال بالنسبة للخدمات العقلية الأخرى ، فلابد من منح الأولوية للخدمات التى تتميز بالفعالية مقارنة بتكلفتها ، والتى تلبى الحاجات المحلية. وعلى سبيل المثال ، يؤدى الاكتشاف المبكر للصرع وتوفير العلاج الملائم للسيطرة على النوبات الصرعية إلى تمكن الطفل المصاب بالمرض من الاشتراك بصورة كاملة فى الحياة المدرسية والمجتمعية ، ومن أن يتجنب الإصابة بالمضاعفات الثانوية (مثل الحروق، والإصابات ، والرسوب الدراسى ، والوصم) التى قد تتسبب فى إعاقة نموه فى الحالات الأخرى. وهناك مثال آخر لفوائد الاكتشاف المبكر للحالات المرضية ، وهو الاستفادة من الزيارات المنزلية من قبل أفراد مدربين على التعرف على احتمال وجود إساءة معاملة أو إهمال ، وعلى استجماع الموارد المجتمعية المتوافرة قبل أن يصاب الرضيع بأضرار غير قابلة للإصلاح.

تؤكد الفعالية المحدودة للعلاجات النفسانية القائمة بالنسبة للأطفال ، بالإضافة إلى ارتفاع تكلفتها ، على أهمية ابتكار واختبار برامج محلية جديدة (خصوصا تلك الوقائية) من خلال تقديم الدعم للحياة الأسرية. ويمكن تحقيق الوقاية من الإعاقة العقلية فى الأطفال والمراهقين من خلال تنظيم الأسرة ، وتوفير الرعاية قبل الولادة

وحوالى الولادة ، والتطعيم ، وتوفير التغذية المثلى.(من حيث السعرات الحرارية ، والبروتينات ، والمغذيات الدقيقة) ، والزيارات المنزلية وبرامج الرعاية النهارية ، وإجراءات السلامة للأطفال ، والبرامج المدرسية الارتكاز عن الحياة الأسرية وعن الحياة الجنسية للبشر ، وتوفير العلاج الملائم للاضطرابات العصبية - النفسانية الشائعة فى الأطفال ، مثل الصرع.

تمثل المدارس الحكومية المؤسسات الاجتماعية الرئيسية فى المجتمع بالنسبة لتحقيق المزيد من النمو المعرفى والعاطفى للأطفال. ويجب أن يتمثل الهدف المنشود فى توفير فرصة تعليمية كاملة لجميع الأطفال. وسيتحدد ما هو عملى فى مجتمع بعينه وفى وقت محدد ، من خلال موارد هذا المجتمع بالذات. ويجب أن تتوفر نفس فرص التعليم لكل من الأولاد والبنات على حد سواء. وكلما أمكن ذلك ، يجب أن يتم رفع سن الانقطاع عن الدراسة الأولية إلى ستة عشر عاما . ويجب أن يتلقى صغار البالغين ، وخصوصا أولئك الذين لم يحصلوا على قسط كاف من التعليم فى طفولتهم ، تدريبا على المهارات المهنية. ولا يقتصر دور التعليم العام على تحقيق القدرة المبدئية على القراءة والكتابة وتعليم مبادئ الحساب ، بل يتعداها إلى تعليم مبادئ السلوك الاجتماعى والقدرة على التعاون مع الآخرين. ويجب أن يتم تدريب المدرسين على التعرف على علامات وأعراض المرض العقلى ، وعلى تدبير المشكلات المبكرة عند ظهورها فى قاعات الدراسة ، وعلى تحويل الأطفال الذين يحتاجون إلى المزيد من المساعدة إلى مؤسسات الرعاية الصحية الأولية. ويمكن لبرامج المشورة للأقران (peer counseling programs) فى المدارس العامة أن تقلل من خطر إدمان المخدرات والسلوك المضاد للمجتمع. ويعد النجاح الدراسى واحدا من أهم مصادر الشعور بالقيمة الذاتية .

وعند توافر خدمات الصحة العقلية ، يجب أن تستهدف تلك الخدمات أولئك الأطفال الذين يتعرضون لأكبر قدر من خطر الإصابة بالاضطرابات العقلية : أى الأطفال الذين لا آباء لهم أو الذين يعيشون وسط أسر ممزقة ، والأطفال الذين يعيشون بين مجموعات اللاجئين والمهجرين ، والأطفال الذين يعيشون وسط جو يتسم بالعنف المستمر، والأطفال الذين يعيشون فى الشوارع أو فى مستعمرات واضعى اليد.

٥ – نوصى ببذل الجهود المنهجية لتقييم العبء العالمى للمواد المخدرة (الكحول والعقاقير) المحتملة الإدمان ، ولتقليل الطلب على تلك المواد ، ولتطوير برامج العلاج والوقاية الفعالة .

يرتبط إدمان المخدرات بطرق عديدة ببعض من أكثر المشكلات التى تواجه المجتمع البشرى فى الوقت الحاضر إلحاحا. ويقوض استنشاق الصمغ بين الأطفال المشردين صحة وعافية مجموعة سكانية يتسم بقاؤها ذاته بكونه غير محدد المعالم ؛ ويزيد تعاطى الكحول بصورة هائلة من احتمالية وقوع أحداث العنف ، مثل إساءة المعاملة المنزلية ؛ كما أن العنف المرتبط بالتجارة غير المشروعة فى الكوكايين والهيروين يمزق الاستقرار الاجتماعى لكثير من المجتمعات. وبالفعل ، فمن بين جميع المشكلات التى تم بحثها فى هذا التقرير ، يعد تعاطى وإدمان المواد [المخدرة] أوضح مثال على تشابك تلك الموضوعات مع القضايا الاجتماعية والاقتصادية العريضة. وتدر السياسات المتعلقة بالكحول والطباق ، على سبيل المثال ، أرباحا طائلة على كل من القطاع الخاص والحكومات فى البلدان المتقدمة وتلك الأقل تقدما. وقد نشأت أيضا اقتصاديات ذات حجم لا يستهان به حول تجارة المواد المحظورة .

ومع ذلك ، يتم إخفاء التكاليف الفعلية لمثل تلك السياسات ، فيما يتعلق بالاضطراب المجتمعى ، وتقويض الممارسات المتعلقة بصحة السكان ، والمستشفيات وغيرها من الخدمات الاجتماعية ، والأنظمة القضائية والجزائية. وتدر المتاجرة فى المواد المحظورة أرباحا من الضخامة بحيث تكفى لتقويض سلطة الحكومات المحلية فى كثير من أجزاء العالم (كولومبيا ، على سبيل المثال). وعموما ، فقد أدى الافتقار إلى البيانات المنهجية الموثوقة فيما يتعلق بالمشكلات الناجمة عن إدمان المواد ، إلى إعاقة إدراكنا لشدة وحجم المشكلات ، بالإضافة إلى تقويض الاستراتيجيات الفعالة المتعلقة بالسياسات. ويجب أن يتعرف الناخبون وممثلوهم على التكلفة الاقتصادية الفعلية لتناول المواد المشروعة (legal substances) ، كما يجب تناول موضوع الحوافز الاقتصادية الهائلة المتعلقة بالمتاجرة فى المواد المحظورة. ويجب علينا أيضا أن نصل

إلى فهم أفضل للكيفية التى يتسبب بها الفقر ، وأوجه الظلم الاجتماعى ، والتهميش الاقتصادى والثقافى ، فى تعريض مجموعات سكانية بعينها لأخطار محددة. وهناك حاجة لأن تزيد الهيئات والمنظمات الدولية من قدرتها على جمع البيانات المفيدة والمقارنة فيما يتعلق بإدمان المخدرات ، كما يجب على الحكومات تخفيف التأثيرات الاقتصادية والاجتماعية السلبية لإدمان المخدرات ، بطرق تؤدى للتوصل إلى مبادرات لإيقاف تيار إنتاج وتوزيع المخدرات فى بلادها. ويجب اعتبار تلك المبادرات كبيانات ضرورية بالنسبة للتخطيط المتعلق بالصحة العقلية (mental health planning).

وتعد مكافحة إدمان كل من العقاقير المشروعة وتلك المحظورة مهمة شاقة. وبالإضافة إلى ذلك ، توحى البيانات المتوافرة حاليا بأن بعض الاستراتيجيات أفضل من غيرها. ونادرا ما تعمل التدخلات التى تهدف إلى تقليل تموين العقاقير المحظورة ، بصورة فعالة ؛ كما أنها مكلفة من ناحية الموارد المطلوبة ومن حيث سمات المجتمع المستهدف ، كما أنها لا تقلل بصورة مؤثرة من تموين العقاقير المحظورة ، أو عدد المتعاطين، أو الكميات التى يتعاطونها. ولذلك ، يتوجب على الحكومات تطوير سياسات أكثر قوة لتقليل الطلب على المخدرات إذا أرادت معالجة المشكلة بطرق ذات مغزى. ويستلزم ذلك توعية جماهيرية مطورة ، تشتمل على رسائل متعلقة بالوقاية ذات مغزى بالنسبة للشباب ، كما توضح المخاطر المتعلقة بالتعاطى الذى يلقى قبولا نسبيا من المجتمع للطباق وللخمور الأقل قوة من الناحية الظاهرية. وتنزع أكثر حملات التوعية نجاحا إلى كونها محلية الإدارة ، ومركزية الأهمية ، وبمغزاها بالنسبة لجميع الشباب. ويجب على الحكومات أيضا أن تعزز ، وأن تدعم ، جهود الوقاية المتوافقة مع الثقافة السائدة. ويستلزم ذلك أن يتم تقييم التدخلات الوقائية والعلاجية بصورة منهجية ، وبطرق تتمتع بحساسيتها للثقافة المحلية. وبالإضافة إلى الجهود التى تبذلها منظمة الصحة العالمية ، يجب أن يحل التركيز على الاعتمادية (dependence) ، كمشكلة صحية مزمنة ، محل المضامين السلبية للفظة " الإدمان " ، من أجل الوصول إلى المزيد من الدعم لجهود الوقاية والتدخل الفعالة .

ويستلزم تناول هذه المشكلة أيضا توسعة القدرات العلاجية ، مع الاهتمام بصورة خاصة بسبل التدخل التى تتمتع بحساسيتها للثقافة المحلية. ويعد كل من العلاج الملائم والقدرة العلاجية المناسبة من العوامل الضرورية لتوفير وسيلة لمساعدة أولئك الذين يطلبون المساعدة ، وبذلك تمنع حدوث الاستسلام الذى عادة ما يديم (perpetuate) التعاطى الوبائى للمخدرات. ويمكن أن تنجح المقاربات التقليدية وغير التقليدية ، على كل من المستويين المجتمعى والشخصى ، إذا تم تطويرها ، وتنفيذها ، بطريقة منهجية ، ومن ثم تقييمها بصورة شديدة الدقة. ويمكن أن يتحول هذا العمل إلى عملية تكرارية (iterative) تقوم بتعميم السياسات الناجحة وتلغى تلك الفاشلة .

٦ – نوصى بتطوير مبادرات واسعة النطاق من أجل دراسة أسباب وتأثيرات العنف الجماعى والعنف بين الأفراد.

يمثل العنف الجماعى والعنف بين الأفراد واحدة من أكثر المشاكل إلحاحا فى عالم اليوم. وكثيرا ما تؤدى الحروب ، والصراعات الطويلة الأمد ، والنزاعات العرقية ، والقمع السياسى ، إلى عدد من المشكلات الاجتماعية ، والاقتصادية ، والنفسية ، التى تتسبب فى تقويض الشعور بالعافية. ويتراوح التلف الناجم بين الإعاقات الجسدية والصدمات النفسية ، وبين انهيار سبل الحياة المحلية. ويتعلق بعض من أكثر أوجه العنف ضررا بعقابيل (aftermaths) تلك الصراعات ؛ تحطيم الاقتصاديات المحلية ، ونقص الأطعمة ومياه الشرب ، وتهجير السكان ، والتفريق بين أفراد الأسرة .

فى الحين الذى لا يمكن فيه سوى للتغيرات الجذرية فى السياسات الدولية وتلك الوطنية أن تقلل من عدد وشدة الصراعات المسلحة ، يجب أن نشجع بقوة مبادرات السلام والأمن التى تستهدف العنف كتهديد رئيسى للصحة وللعافية الاجتماعية بصورة شاملة. وبالإضافة إلى ذلك ، يجب التوسع فى فهم الاهتمامات المتعلقة بالصحة العقلية عند إعداد برامج السلام والبرامج الأمنية. وبالنسبة للصراعات العرقية ، على سبيل المثال، يجب أن تصبح قضايا الصحة العقلية ، والتى تتراوح بين تأثيرات العنصرية على الهوية الإثنية وبين الحلقات المفرغة للانتقام ، هدفا لبرامج وسياسات جديدة ، مثل التوعية فى المدارس بمثل هذه القضايا.

ويمكن اتخاذ العديد من الخطوات الأخرى ، التى تتسم بكونها فعالة برغم تواضع حجمها ، من أجل تخفيف المعاناة المرتبطة بالعنف الجماعى. أولا، يمكن معالجة الصدمات الناجمة عن العنف الجماعى ،بصورة أفضل ، إذا تم تطوير المبادرات بين الدول (transnational) ، والتى تهدف لتوقع نشوب الصراعات الإقليمية أو تلك التى تنشأ بين الدول ، وتقديم المعونات العاجلة لضحايا العنف. ثانيا ، يمكن أن يتم بصورة منهجية إنشاء وتشغيل المراكز العلاجية التى تتمتع بالحساسية للثقافات المحلية ، فى مخيمات اللاجئين وغيرها من الملاذات الآمنة. ويجب أن تعمل هذه التدخلات العلاجية على المستويين الثقافى والنفسى من أجل إعادة ترسيخ أساس أخلاقى آمن للحياة اليومية ، كما يجب أن تعمل بالتوافق مع القيم المحلية. وعلى سبيل المثال ، ففى حين تتمثل أفضل خدمة بالنسبة لبعض المجتمعات ، فى البرامج التى تساعد على مشاركة تجارب الأحداث المأسوية وتأثيرات العنف بصورة لفظية ، قد تكون أفضل المقاربات بالنسبة لمجتمعات أخرى هى زرع واقع جديد ، وليس تذكر المآسى السابقة. وباعتبار أن العلاج الفردى لا يتوافر إلا نادرا بالنسبة لكثير من سكان الدول الفقيرة (حيث تقع أغلب الصراعات الدائرة فى الوقت الحاضر) ، تتمثل أكثر الخيارات واقعية فى كثير من المواقف ، فى تطوير البرامج المجتمعية التوجه. وبالإضافة إلى ذلك ، فمن المفيد للغاية أن نساعد الأسر ، والقرى ، والشبكات الاجتماعية ، على التماسك بقدر المستطاع.

وأظهرت الأبحاث أن لتلك التدخلات تأثيرات مفيدة[١٥]. وتتمثل المشكلة فى أن الخدمات الصحية وخدمات الصحة العقلية تتسم فى كثير من البلدان الفقيرة بكونها محدودة للغاية من حيث الإمكانات المادية والقوى العاملة المحتملة ، وبناء على ذلك ، تتسم الخدمات الدولية الحالية المصممة لمعالجة تلك المشكلات بكونها مفيدة ولكنها غير كافية. ولذلك فهناك حاجة ملحة لبذل الجهود الدائبة والمنهجية ، على المستويين الوطنى والدولى ، من أجل إقامة البرامج العلاجية ومحاولة التغلب على التأثيرات المأساوية للعنف على كل من المستويين الفردى والمجتمعى.

ويستلزم عبء الضوائق النفسية الناجمة عن العنف المنزلى ، أن يتم تناوله فى جميع المجتمعات بطريقة تتلاءم مع الثقافة ونظام الحكم السائدين. وستتطلب الوقاية فى النهاية تحقيق المساواة بين الجنسين ، لكن هذا يعد أملا بعيد المنال. أما على المدى القريب ، يتطلب التقدم نحو الهدف المنشود إبطال القوانين التى تحرم النساء من

حقوقهن (قوانين توريث الممتلكات ، على سبيل المثال) ، بالإضافة إلى التوعية المجتمعية التى تشدد على احترام المرأة. ويتطلب الردع (deterrence) سن القوانين التى تجرّم العنف الموجه ضد النساء ، وآليات التعزيز التى تضمن معاقبة المعتدين . ويجب أن تتلقى النساء المهددات بالتعرض للعنف حماية فورية من قبل الشرطة وساحات القضاء. ويمكن أن يخفف تقديم الرعاية الطبية للجروح البدنية ، والرعاية الصحية العقلية للجروح النفسية ، من المعاناة الطويلة الأمد. وفى نهاية الأمر ، يمكن أن تؤدى البرامج الجماعية المجتمعية الارتكاز المخصصة للنساء اللاتى كن ضحايا للاغتصاب أو لاعتداء الأزواج ، من تمكين أولئك النسوة من تجنب لوم الذات ، ومن اتخاذ موقف أكثر إيجابية فى المطالبة بكامل حقوقهن كبشر. وسيكون الاعتناء بصورة أكبر بهذه الاعتداءات الخاصة بالنساء ، من الأهمية بمكان.

٧ - نوصى بتوجيه جهود محددة لجعل الوقاية الأولية من الاضطرابات العقلية ، والعصبية ، والسلوكية ، والنفسية - الاجتماعية ، من الاهتمامات الرئيسية فى مجال الصحة.

لابد من أن يشتمل مثل هذا الجهد على استقصاء أسس المعرفة العلمية ، وفحص أنشطة الوقاية الأولية فى جميع أنحاء العالم ، وتناول الجوانب العابرة للثقافات (cross-cultural) للبرامج الوقائية ، وتحديد الحاجات التدريبية وغيرها من الأنشطة ذات الصلة بالموضوع. وتدعو البرامج الوقائية الناجحة إلى دمج العوامل البيولوجية والنفسية - الاجتماعية ، والتعزيز النشط للبرامج الوقائية المعروفة (مثل التطعيم ، والمغذيات الضرورية ، ومعالجة الأسباب العضوية المعروفة). ومما يتمتع بأهمية خاصة هنا ، نجد إمكانية تطوير نماذج وقائية شاملة تضع فى اعتبارها المراضة المشتركة (co-morbidity) لكثير من الاضطرابات ، وتلك النواتج المتعددة لكل من عوامل الاختطار. وبالنسبة للمجتمعات الفقيرة ، على وجه الخصوص ، تتطلب البرامج الوقائية فهما لعوامل الحماية التى تمثل جزءا من الثقافات المحلية.

الخطوة التالية : تحريض على العمل

تنبع التوصيات التى ذكرناها للتو ، بصورة مباشرة ، عن تحليلنا للأبحاث والخبرات العملية لعلماء الاجتماع ، والمتخصصين فى الصحة العامة ، ومصممى

البرامج المبتكرة للصحة العقلية ، ولكثيرين غيرهم. وعلى أية حال ، فبدلا من اعتبارها كتقرير بسيط عن رؤيتنا لموضع الإجماع فيما يتعلق بهذه القضايا ، تتلخص رؤيتنا فى اعتبار هذه التوصيات كتحريض على العمل. وفى نهاية الأمر ، فلن يكون للنتائج والتوصيات التى خلص لها بحثنا هذا أى مغزى وقيمة سوى عند تعرضها للجدال ، والتحديات ، وعمليات التعديل وفقا للظروف المحلية - والتى تستثيرها جماعات الدعم فى المجتمعات المحلية ، والتى اعتادت على التفكر بالسياسات المتعلقة بالتعليم أو بخدمات الصحة العقلية ، والتى اعتادت على تعزيز التعاون الدولى والوطنى لتحقيق التغيير المطلوب.

وهناك أمر واضح للعيان ؛ فمن أجل جدية تناول وتطبيق هذه التوصيات ، فلابد من وجود حركة دولية لمنح الأولوية لقضايا الصحة العقلية. وليس هناك ثمة شك فى أن الإجماع الدولى - مثل ذلك الذى نما حول تطبيق الديمقراطية - يؤدى إلى خلق ضغوط معتبرة تؤدى إلى دفع جميع المجتمعات إلى إعادة النظر فى أولوياتها وممارساتها. ومن الضرورى استقطاب اهتمام دولى مماثل بقضايا الصحة العقلية داخل الهيئات الدولية مثل منظمة الأمم المتحدة ، والبنك الدولى ، ومنظمة الصحة العالمية ، والمنظمات الإقليمية مثل منظمة أمم جنوب شرقى آسيا (ASEAN) ، ومنظمة الوحدة الأفريقية ، ومنظمة الدول الأمريكية. وخلاصة القول أنه من الضرورى رفع مستوى الوعى الدولى الذى يؤثر على الأولويات التى سيخلعها صناع السياسات ومطورو البرامج فى جميع أنحاء العالم ، على قضايا الصحة العقلية . ويجب أن تشتمل مثل هذه الحملات الدولية للصحة العقلية ، على وسائل الإعلام ، والأعمال ، والمؤسسات التعليمية ، وشبكات صناع السياسات الاجتماعية والصحية. وبمناسبة السنة الدولية للشعوب الأصلية (indegenous peoples) التى أعلنتها الأمم المتحدة عام ١٩٩٥، فسرعان ما ستبرز الحاجة لأن تعلن الأمم المتحدة عن سنة دولية للصحة العقلية.

الهوامش

(١) انظر : Almeida-Filho, 1993.

(٢) انظر : See Kramer, 1989.

(٣) انظر مقدمة الكتاب ، هامش رقم (٦).

(٤) انظر ، على سبيل المثال: Almeida-Filho (1993)

(٥) المصدر : George and Pandya, 1993.

(٦) انظر Waldram, 1993.

(٧) المصدر : Koumare et al., 1992.

(٨) مقتبسة من : Bibeau and Corin, 1993؛ انظر أيضا Koumare et al., 1992.

(٩) المصدر : World Health Organization, 1993e.

(١٠) المصدر :انظر الفصل الثانى،على سبيل المثال، وكذلك Earls (1991)

(١١) المصدر : Frenk, 1993a.

(١٢) المصدر : World Bank, 1993a.

(١٣) المصدر : Harding et al., 1980; Harding et al., 1983.

(١٤) انظر الفصل الثامن

(١٥) انظر الفصل الثانى

الفصل الثانى عشر

برنامج للأبحاث

(An Agenda for Research)

لماذا نقوم بالبحث ؟

يتطلب البحث التعهد بتوفير قدر لا يستهان به من الموارد البشرية والمادية . وخلال تلك الفترة من الكساد العالمى التى أثقلت كثيرا من المجتمعات المنخفضة الدخل بالديون ، كما تركت البلدان المرتفعة الدخل فى صراعها للمحافظة على نموها الاقتصادى وازدهارها ، لماذا يتوجب القيام بالأبحاث ؟ والإجابة هى أن الجهل يكلفنا أكثر مما تفعل المعرفة. وتلك تكلفة اقتصادية ؛ لكنها أيضا تكلفة من حيث عبء الشقاء الاجتماعى ، ومن حيث تقليص الإمكانات البشرية المحتملة.

تتيح الأبحاث المبنية على أسس سليمة للدول فرصة إنفاق اعتماداتها للرعاية الصحية بصورة أكثر فعالية. وعلى سبيل المثال، تتوافر حاليا أدوات البحث (research tools) التى تحفز الفعالية بالنسبة للتكلفة للتدخلات الإكلينيكية النوعية . ووجدت دراسة أجريت فى البر الرئيسى (mainland) للصين أن برامج التأهيل المبتكرة ، الأسرية والمجتمعية الارتكاز ، والموجهة للأشخاص المصابين بأمراض عقلية مزمنة ، أدت إلى تقليل ظهور الأعراض المرضية ، وتحسين الفاعلية ، وتقليل معدلات إعادة الإدخال إلى المستشفى ؛ ويمكن لهذه المقاربات ، عند تنفيذها على المستوى الوطنى ، أن توفر عشرات الملايين من الدولارات فى نفس الوقت الذى تحسن فيه من مستويات

الرعاية وتقلل من معاناة الناس[١]. ويمكن للدراسات التى تهدف لاختبار نوعية الرعاية القائمة ، أن تتعرف على أسباب مستويات الرعاية المتدنية والتى تكلفنا مبالغ باهظة بدورها. وعلى سبيل المثال، تكشف الدراسات التى تتناول ممارسات الأطباء ومطاوعة المرضى عن أن الأطباء كثيرا ما يقومون بوصف الأدوية المضادة للاكتئاب فى جرعات دون المثالية (suboptimal) ، وأن المرضى لا يتناولون الأدوية بالطريقة الموصوفة لهم [٢] ؛ وبهذا يتم هدر الدواء ؛ وكثيرا ما يبقى الاكتئاب دونما علاج ناجع ؛ ونتيجة ذلك هى المزيد من العمل والمزيد من الإعاقة الاجتماعية. وفى حين قام قليل من الأبحاث بدراسة الفعالية مقارنة بالتكلفة لمقاربات الوقاية من الأمراض العقلية ، تتميز هذه المقاربات بقابليتها الهائلة لتوفير المال فى نفس الوقت الذى تقلل فيه من المعاناة[٣] ؛ ويتسم نحو نصف جميع الاضطرابات العقلية والعصبية بإمكانية الوقاية منها من خلال الرعاية الصحية الأولية[٤].

هناك حاجة لوجود قاعدة بيانات بحثية (research database) لتحديد أولويات العمل، وتقييم تأثيرات السياسات ، ومراقبة نوعية وكفاءة الخدمات، والاستجابة للظروف الاجتماعية والصحية المتغيرة. وليس السؤال المهم هنا هو ما إن كان من الضرورى القيام بالبحث ، بل ما هو نوع الأبحاث التى يتوجب إجراؤها ؟ وما هى الأسئلة البحثية التى يجب أن تمنح الأولوية ؟ وما هى البيانات المتعلقة بالخدمات الوبائية والإثنوغرافية ، وبالعلوم الإكلينيكية والسياسات الصحية – والتى يتوجب توفيرها كخطوة أولى ؟ وما هى تدخلات الصحة العامة والسياسات العامة التى يجب أن تحظى بأولوية التقييم البحثى ؟

تم تحقيق قدر كبير من التقدم خلال السنوات العشرين الماضية فى مجال تطوير مقاربات بحثية تتسم بالدقة وبكونها مبنية على أسس نظرية سليمة. وتم تحقيق التقدم فى مجالات الوبائيات النفسانية (psychiatric epidemiology) ، والطب النفسى البيولوجى (biological psychiatry) ، والأبحاث المتعلقة بالخدمات الصحية ، والأنثروبولوجيا النفسانية والطبية ، والصحة العامة ، والاقتصاديات الصحية ، والأبحاث المتعلقة بسياسات الرعاية الصحية. وتضم الأمثلة على التقنيات البحثية الجديدة ؛ تصنيفا للأمراض النفسانية (psychiatric nosology) أكثر فعالية وموثوقية ، وطرق

محسنة لتقييم نواتج المرض، وتجارب إكلينيكية مصممة على أسس أكثر صرامة ، واستراتيجيات مبتكرة للوقاية والتدخل ، وتحليلات للفاعلية مقارنة بالتكلفة (cost-benefit analyses) ، واستراتيجيات منهجية لتقييم البرامج ، ومقاربات إثنوغرافية لدراسة الاضطرابات النفسانية .

وعلى أية حال ، فهناك قدر كبير من الأبحاث التى تدعو الحاجة لإجرائها. ولابد من تطويع التقنيات ، والمنهجيات ، والعلاجات الجديدة ، بحيث يمكن استخدامها فى بيئات ثقافية متنوعة. ولابد من تطوير المقاربات المبتكرة ذات الاهتمامات المتعددة (multidisciplinary) لمعالجة هذه المشكلات. ويجب على البرامج البحثية أن تتخطى تلك الحدود المصطنعة التى تفصل بين السياسات الصحية وتلك الاجتماعية. وللسياسات الاجتماعية تأثيرات هائلة على الصحة ؛ فللمشكلات الصحية أسباب اجتماعية ، كما أنها تؤثر بقوة على العالم الاجتماعى. ومن بين القضايا البحثية ذات الأهمية القصوى ، نجد تقرير ما إن كنا سنستجيب للمشكلات المتعلقة بالصحة العقلية والسلوكية للسكان ، من خلال تقديم الخدمات الصحية ، أو تدخلات الصحة العامة ، أو من خلال السياسات الاجتماعية " الصحية ".

ويظهر هذا التقرير أن المشكلات والخدمات المتعلقة بالصحة العقلية فى الثقافات المختلفة ، برغم أوجه الشبه العديدة ، تتخذ أنماطا ثقافية معينة تختلف باختلاف الثقافة السائدة. وتلعب الأبحاث الإثنوغرافية دورا حيويا بالنسبة لرؤيتنا المستقبلية ، وذلك لأن علم الإثنوغرافيا أقدر على وصف وتفسير تلك الأنماط الثقافية المحلية. ويتوافر فى الوقت الحالى قدر كبير بصورة مدهشة من المعلومات النفسانية والأنثروبولوجية عبر الثقافية ، ويمكن لهذه المعلومات أن توجه مثل هذه الجهود المحلية. ويجب أن تتمخض الأبحاث المحلية عن دراسات مستنيرة من الناحية الثقافية (culturally informed) تخلص بدورها إلى نتائج شديدة التخصص بالنسبة للمجتمعات المحلية المعنية. وستتيح هذه المعلومات ، فيما بعد ، للمعرفة الثقافية المحلية لتزويد جهود الممارسة والوقاية بالمعلومات ، بطريقة كانت مفتقدة فى الماضى ، بالإضافة إلى كونها عائقا لتطوير واستدامة البرامج الملائمة لثقافة معينة. ويجب أن يكون تطوير المعرفة الثقافية الواعية مساهمة إضافية لتقرير يجمع بين وجهات النظر الأنثروبولوجية وتلك المتعلقة بالعلوم الصحية.

ونظرا لاشتراك المجتمعات المنخفضة الدخل وتلك المرتفعة الدخل فى الكثير من المشكلات، يمكن أن تستفيد جميع المجتمعات من المعرفة الناتجة عن الأبحاث. وعلى سبيل المثال ، يمكن للمقاربات المجتمعية الفعالة التى أثبتت نجاحها فى بوجوتا ، كولومبيا ، أن تسهم فى تطوير البرامج فى بوسطن ، بالولايات المتحدة. وتبحث الدول المرتفعة الدخل ، مثل الولايات المتحدة ، والتى أصبحت أكثر تنوعا من الناحية العرقية ، عن حلول لمشكلات الفقر فى المدن الداخلية ، وإدمان المخدرات ، والعنف. وتساعد المعرفة المستقاة من المجتمعات المنخفضة الدخل ، تلك الدول على أن توفر لسكانها سياسات ، وخدمات ، وبرامج للوقاية تتميز بجودتها عن تلك السابقة .

تطوير الأبحاث وتحديات التباين

(Research Development and the Challenge of Diversity)

برغم أن كثيرا من المجتمعات تواجه مشكلات متشابهة فيما يتعلق بالصحة العقلية والاجتماعية ، فلابد من أن نضع فى اعتبارنا أوجه التباين الموجودة بين الدول المختلفة ، وداخل حدود الدولة نفسها ، من أجل تحديد الأولويات البحثية ، وبناء القدرة البحثية ، ثم إجراء الأبحاث ذاتها. ومن المرجح أن تحظى البرامج البحثية التى لا تضع فى اعتبارها مصادر التباين تلك ، بقدر أقل من النجاح. وترجع مصادر التباين إلى أسباب مادية ، وثقافية ، وسياسية ، وتاريخية ، ووبائية. وسيوضح العدد القليل من الأمثلة التالية أهميتها بالنسبة للأبحاث.

تختلف الموارد المادية (material resources) القائمة بالفعل ، مثل خدمات الرعاية الصحية ، والبنية البحثية التحتية ، والعاملين المدربين فى مجال البحث العلمى ، بصورة هائلة من بلد لآخر. وتمتلك تايلاند ، على سبيل المثال ، بنية تحتية بحثية متطورة ، ونظام حكومى لخدمات الرعاية الصحية العقلية ، بينما لا تمتلك إريتريا - بصورة عملية - أى منها. ويتباين مدى وطبيعة الخدمات الخاصة - أى المعالجة

التقليدية والرعاية فى المنزل – بصورة واسعة بدوره. ويؤثر التباين الوبائى (epidemi-ological variation) فى أنواع ، ومعدلات ، والمراضة المشتركة ، وتوزيع المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية والسلوكية ، على الأولويات البحثية المحلية. وعلى سبيل المثال ، فقد يمثل تطوير خدمات مبتكرة للحالات المرضية المتعلقة بالصدمات العصبية ، أولوية قصوى فى بلد مزقته الحرب كالصومال ، لكنه لا يتمتع بالأهمية نفسها فى ساموا(*).

وتؤثر التقاليد ، والقيم، والممارسات المحلية وتلك المتأصلة فى جذور الثقافة السائدة، على أولويات كل من البحث والعمل.وقد يظهر التعارض بين الأولويات التى يضعها الباحثون ، والذين كثيرا ما يبنون قراراتهم على البيانات الإحصائية الوبائية ، وبين العامة (laypersons) ، والذين يعتمدون على المعرفة المحلية. وفى تايلاند ، على سبيل المثال ، تختلف مفاهيم العامة فيما يتعلق بالأولويات الصحية – بصورة جذرية – عن تلك المبنية على البيانات الاستقصائية[٥]. وباعتبار الأهمية الحيوية للدعم المجتمعى لمثل هذه المشروعات البحثية ، فلابد من التعرف على أوجه التعارض هذه ، ثم حلها بطريقة تحترم وجهات النظر لكل من العامة والباحثين المهنيين .

ونوصى هنا بستة مبادئ عامة لمساعدة عملية تطوير الأبحاث على ملاقاة التحديات التى يفرضها التباين . ونتيجة للاختلافات العرقية ، والطبقية ، والحضرية – الريفية ، الموجودة داخل كل دولة ، تنطبق تلك المبادئ على الباحثين من مدينة شنغهاى ، على سبيل المثال ، الذين يجرون أبحاثهم فى المناطق الريفية من الصين ، كما تنطبق على الباحثين الذين أتوا من مدينة بوسطن الأمريكية لإجراء بحوثهم فى مدن الأكواخ التنزانية أو فى المدن الأمريكية الداخلية. وعند اقتران تلك المبادئ ، فستجعل عملية تطوير الأبحاث أكثر ارتباطا بالبيئة المحلية وأكثر استدامة :

١ – يجب أن تسبق الدراسات الإثنوغرافية المركزة ، تلك الدراسات المتعلقة بالوبائيات وبسبل التدخل ، من أجل توفير خرائط وصفية للمشكلات ، ووجهات النظر ،

(*) Samoa : مجموعة من الجزر الواقعة فى المحيط الهادى والتى يخضع بعضها للسيطرة الأمريكية – المترجم).

والحقائق الاجتماعية ، والموارد المحلية. وستصبح الدراسات الإثنوغرافية فعالة بالنسبة لتكلفتها على المدى الطويل نظرا للانخفاض النسبى لتكاليف إجرائها، ، ولكونها توفر بيانات حيوية لجعل عملية تطوير الأبحاث أكثر ارتباطا بالثقافة المحلية .

٢ – ستكون أكثر مقاربات التدخل (intervention approaches) نجاحا ، هى تلك المجتمعية الارتكاز ، والمعتمدة على المؤسسات ، والتقاليد ، والقيم المحلية .

٣ – يجب أن يتمتع مواطنو وباحثو المناطق الخاضعة للبحث ، بقدر كبير من السيطرة على العملية البحثية ذاتها ، بداية من تحديد الأولويات ، وانتهاء بالتنفيذ الفعلى للمشروعات. وتتسم الاستثمارات المحلية فى الأبحاث ، والدعم المحلى لها ، بأهمية كبرى فى هذا المضمار.

٤ – يجب تقييم مدى التوافق الثقافى (cultural relevance) للتقنيات والعلاجات الحديثة ، وذلك بالاستعانة بالبيانات الإثنوغرافية المحلية المتعلقة بالقيم ، وأنماط الاستخدام ، والموارد ، والأولويات. ويمكن عندئذ تعديل المقاربات الواعدة للاستخدام فى أماكن أخرى .

٥ – يجب ، منذ البداية ، مراقبة القضايا الأخلاقية فيما يتعلق بالبحث فى مجال الصحة العقلية ، وذلك باعتبار كل من وجهات النظر المحلية والدولية بهذا الخصوص. وعادة ما يمكن لإشراك القضايا ذات الاهتمام المشترك ، أن يؤدى إلى حل المشكلات أو ترسيخ مبادئ للتأمل أكثر مصداقية .

٦ – ستكون المقاربات البحثية المتعددة الاهتمامات مفيدة أكثر من تلك المبنية على وجهة نظر منفردة لفرع واحد من فروع المعرفة العلمية .

نحو إطار شامل للأبحاث

تركز جهود الصحة العقلية فى العالم على أهمية الارتباط الوثيق بين العمليات الاجتماعية وبين الصحة العقلية. ويحتل كل من العنف ، وتهجير السكان ، وانتهاكات

حقوق الإنسان ، والظروف الاجتماعية للمجموعات السكانية المعرضة للخطر وتلك الهامشية ، والمشاكل المتعلقة بالمراحل التطورية المختلفة لدورة الحياة البشرية – مكانا في هذا المنظور للصحة العقلية ، كدليل واسع وشامل للعافية الاجتماعية. ومع ذلك ، فيدرك هذا التقرير على الفور أن الصحة العقلية والسلوكية تعد عملية اجتماعية ، ونفسية ، وبيولوجية ، لا يمكن فصلها عن الصحة بمفهومها العام. وسيحتاج أى إطار بحثى ملائم لتناول المحدِّدات (determinants) البيولوجية ، والنفسية ، والاجتماعية ، للصحة العقلية والسلوكية ؛ كما سيحتاج لاعتبار كل من السياسات الاجتماعية والبيولوجيات الفردية (individual biologies).

تمثل المشكلات الصحية العقلية مثل الاكتئاب ، والعنف المنزلى ، وتعاطى المخدرات ، مزيجا من التأثيرات الوقائية والمفسدة (undermining) على مستوى الأفراد، والأسر ، والمجتمعات المحلية ، والمجتمع ككل. وتشمل تلك التأثيرات ؛ القوى الاجتماعية الكبرى (macrosocial forces) ، والأطر الاجتماعية المحلية ، والعمليات بين الشخصية (interpersonal processes) ، والسمات البيولوجية والنفسية للأفراد. ويتميز فهم التفاعل بين تلك التأثيرات بأهميته القصوى. وبالمثل ، فإن التفاعل بين القوى الاقتصادية والسياسية الواسعة النطاق ، وبين البنى المؤسساتية المحلية ، والعمليات التكيفية المعرفية وبين الشخصية (interpersonal coping processes) ، يشكِّل أنواع الخدمات المتوافرة للناس ، والكيفية التى يستخدم بها الناس هذه الخدمات ، وكيفية استجابتهم للعلاجات المختلفة. ومن أجل دراسة هذه التفاعلات ، يلزم وجود طرق بحثية متعددة الاهتمامات من أجل تطبيق المقاربات المتعلقة بالعلوم الاجتماعية والعلوم الصحية ، على المشكلات عند مستويات تحليلية معينة ، إضافة إلى إمكانية تطبيقها بين المستويات التحليلية المختلفة. كما أن اقتراحاتنا من أجل تطوير البرامج البحثية (research agendas) ، وتفعيل المقاربات البحثية ، وبناء واستدامة " كادر " من الباحثين ، والربط بين البحث العلمى وبين السياسات العملية ، تستند إلى مثل هذا الإطار التكاملى والبيو – ثقافى (biocultural framework).

وتم طرح مثال من نفس نوع الإطار المفاهيمى الذى يدور فى مخيلتنا ، على يدى خوليو فرينك (Frenk) فى مقالة له بعنوان "الصحة العامة الجديدة" The New Public) (Health ، ويعد تصنيفه للأنماط (typology) للبحث فى المجالات الصحية - مع تعديلات طفيفة - إطارا مفيدا وشاملا للبحث فى المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية والسلوكية (انظر جدول ١٢-١)[٦]. ولهذا التصنيف بُعدان : هما مستوى التحليل (level of (analysis ، والذى يضم المستوى الفردى/تحت الفردى ، ومستوى السكان ككل ؛ وموضوع التحليل (object of analysis) ، والذى يشير إلى الحالات العقلية ومحدِّداتها ، أو إلى الاستجابات الاجتماعية المنظمة لمثل هذه الحالات المرضية. ويمكن أن نحدد موضع تلك الأنماط البحثية الرئيسية ذات العلاقة بالصحة العقلية داخل هذا القالب المفاهيمى (على سبيل المثال ، تلك الأبحاث البيوطبية ، والوبائية ، والإثنوغرافية ، والإكلينيكية ، وأنظمة الصحة العقلية ، والسياسات المتعلقة بالصحة العقلية ، والأبحاث المتعلقة بالسياسات الاجتماعية). وتتخطى بعض الأنماط البحثية حدود مستويات وموضوعات التحليل. وعلى سبيل المثال ، تعتمد الأبحاث الإثنوغرافية - بناء على نوعية الأسئلة المطروحة - أسلوب تجميع البيانات على المستويين التراكمى والفردى. وكثيرا ما تبدأ الأبحاث الوقائية (prevention research) ، وهى أحد أنماط الاستجابة للاضطرابات العقلية ، فى صورة مشروعات تجريبية تقوم بدراسة الفاعلية على المستوى الفردى ، ثم يتم تعميمها لاحقا على مجتمعات أو مجموعات سكانية بأسرها.

ويفسر تصنيف الأنماط هذا ، كيف أن الربط بين البيانات المستقاة من مستويات بحثية منفصلة ، وتحديد ما إن كان أحد هذه المستويات يتمتع بميزة نسبية عن المستويات الأخرى ، يعدان من القضايا المهمة فى عملية تطوير الأبحاث. وبالإضافة إلى ذلك ، فهو يلقى الضوء على إمكانية الجمع بين الرؤى المختلفة لكل من فروع المعرفة ، عند مستويات بحثية معينة ، وذلك أثناء عمليات التخطيط لبرامج الأبحاث وتنفيذها .

جدول ١٢-١ : التصنيف النمطى للأبحاث المتعلقة بمشكلات الصحة العقلية والسلوكية

مستوى التحليل	موضوع التحليل	
	الحالات المرضية (المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية والسلوكية ، ومحدداتها) .	الاستجابات (أنظمة الصحة العقلية ، التجارب الإكلينيكية ،السياسات، والبرامج).
المستوى الفردى/تحت الفردى	الأبحاث البيو- طبية الأبحاث السلوكية	الأبحاث الإكلينيكية والسلوكية ؛ تقييم الفاعلية ؛ الأبحاث الوقائية ؛ الأبحاث الإثنوغرافية .
المجموعات السكانية	الأبحاث الوبائية الأبحاث الإثنوغرافية الأبحاث المتعلقة بالسياسات الاجتماعية .	الأبحاث المتعلقة بخدمات الصحة العقلية ؛ الأبحاث الإثنوغرافية ؛ الأبحاث الوقائية ؛ الأبحاث المتعلقة بسياسات الصحة العقلية .

المصدر : معدلة من Frenk ,1993b طبعت بتصريح من الناشر Annual Reviews, Inc.

وعلى سبيل المثال ، يمكن أن تقدم الطرق والنتائج المتبعة فى اثنين من الأمثلة (paradigms) البحثية - أى الإثنوغرافيا وعلم الوبائيات (epidemiology) - عند اقترانها ، أساسا معرفيا أكثر كفاءة لفهم العبء الناجم عن الاضطرابات العقلية والسلوكية فى مجموعة سكانية بعينها ، ولتصميم التدخلات المتعلقة بالصحة العامة أو بتقديم الخدمات. أما لماذا يكون الأمر هكذا؟ فذلك لأنه فى حين تعنى الأبحاث الوبائية بتجميع البيانات على المستوى التراكمى (aggregate level) ، تصف الأبحاث الإثنوغرافية تلك القوى القرينية (contextual forces) التى تدعم تلك المشكلات، كما توفر المعلومات المتعلقة بمقاربات التدخل الفعالة من الناحية الثقافية (culturally valid).

الأبحاث الضرورية فى مجال الصحة العقلية الوطنية

نحدد فى هذا القسم خمسة ميادين للبحث تستحق أن تمنح الأولوية فيما يتعلق بالتمويل (انظر جدول ١٢-٢) ولا تتميز قائمة الأسئلة والمقاربات البحثية بكونها شاملة. وفى سبيل الإيجاز، فلن نقوم بتناول عدد من المشكلات ، ومن ثم يمكن للقارئ

الرجوع إلى الفصول الأولى من الكتاب من أجل التوصيات البحثية المحددة فيما يتعلق بتلك المشكلات.ويثير هذا التقرير عددا من الأسئلة البحثية أكبر بكثير مما يمكن استقصاءه حتى فى الدول المرتفعة الدخل . وتمثل المجالات والمقاربات البحثية التى نوردها فيما يلى " خطوات أولى " نحو معالجة المشكلات التى تم وصفها على صفحات هذا التقرير ، وهى قائمة جزئية من الأبحاث الوطنية الضرورية المتعلقة بالصحة العقلية (essential national mental health research). ونذكرها هنا لاستثارة المناقشة والجدال فى أروقة وزارات الصحة وعدد من المنظمات غير الحكومية المتنوعة .

وتشمل المجالات التى تستحق أولوية التمويل[١] : إعداد قواعد للبيانات (databases) وبائية تتمتع بالوعى الثقافى[٢] ، تطوير الأبحاث المتعلقة بخدمات الصحة العقلية[٣] ، إعداد برنامج بحثى حول العنف[٤] ، إعداد برنامج بحثى حول الصحة العقلية للمرأة ، وأخيرا[٥] تقييم البرامج الوقائية . ويمثل المجالان الأولان مثالين للأبحاث التى لا تزال تجرى الدراسات بشأنها ، فى حين تتسم طرق البحث فيها برسوخها ،

جدول ١٢-٢ : الأبحاث الوطنية الضرورية المتعلقة بالصحة العقلية

١ . قواعد البيانات ذات الوعى الثقافى .

٢ . البحث فى مجال خدمات الصحة العقلية.

٣ . البحث فى مجال العنف.

٤ . البحث فى مجال الصحة العقلية للمرأة .

٥ . تقييم المقاربات الوقائية

كما أننا أكثر ثقة فيما يختص بالطريقة التى يمكن أن تستخدم فيها طرق البحث . أما الثلاثة الأخيرة ، فهى أمثلة على المجالات التى لا تزال الأبحاث فيها فى مهدها ، حيث يتوجب تطوير مقاربات جديدة ، كما لا تتضح الطريقة التى يمكن بها تطبيق النتائج على السياسات وعلى البرامج.

قواعد البيانات ذات الوعى الثقافى

هناك نقص فى البيانات الوبائية الأساسية المتعلقة بمعدلات انتشار وتوزيع اضطرابات الصحة العقلية والسلوكية ، فى كثير من البلدان المنخفضة الدخل . وهناك نقص أيضا فى البيانات المتعلقة بمجموعات عمرية (age groups) بعينها ، مثل الأطفال والشباب ، وبمشكلات محددة للصحة العقلية ، مثل العنف وإدمان المخدرات. وبدون القواعد الدقيقة للبيانات ، سيكون من المستحيل تحديد حجم المشكلات ، وكفاية الخدمات القائمة فى مجال الصحة العقلية ، والمجموعات السكانية الأكثر تعرضا للخطر. وهنا تبرز الحاجة لإجراء الدراسات الوبائية على مستوى العيادة وعلى المستوى المجتمعى من أجل سد هذه الثغرات. ويجب أن تجدول (tabulate) هذه الدراسات البيانات الاجتماعية – السكانية (sociodemographic) الأساسية ، وكذلك البيانات الأساسية المتعلقة بالصحة العقلية (انظر جدول ١٢-٣). ومن أجل الوصول بفاعليتها إلى الحد الأقصى ، يجب أن تتوافق الأبحاث مع المعايير العلمية للموثوقية (reliability) والدقة (validity) ، وأن تكون ملائمة للثقافة المحلية، وأن تكون موحدة [مُقَيَّسَة] (standardized) بالقدر الكافى للسماح بإجراء المقارنات بين الدول المختلفة (cross-national comparisons).

ويمكن أن تعمل سلسلة من الدراسات الوبائية التى أجريت بدعم من منظمة الصحة العالمية كنقطة للبداية[٧]. وتتميز منهجية هذه الدراسات ، والتى تعتمد على آليات وطرق قياسية لتجميع البيانات ، بصحتها. ويجب أن تتخطى الدراسات البحثية المستقبلية حدود هذه الدراسات القيمة ، من أجل إيجاد جيل جديد من الدراسات الوبائية التى تتميز بكونها أكثر وعيا بالثقافة المحلية ، والتى تمثل بصورة أكثر دقة كيف تتشكل الضوائق النفسية على مستوى المجتمع المحلى.ومن أجل تحقيق هذا الهدف، هناك حاجة لوجود تعاون أعمق بين العلماء المتخصصين فى مجالى الوبائيات وعلم الاجتماع.

وتساعد التوصيات المحددة التالية فى تطوير الدراسات الوبائية المستقبلية. أولا ، يجب تحسين المصداقية الثقافية (cultural validity) للأبحاث ، وذلك باشتمال الأنماط

المحلية للضوائق النفسية. ويمكن عندئذ مقارنة المضامين الإكلينيكية للأنماط المرضية المحلية بتلك الأنماط الواردة بأى من التصنيفين DSM-IV (المراجعة الرابعة لدليل التشخيص والإحصائيات ، والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى [APA]) ، أو ICD-10 (المراجعة العاشرة لكتاب التصنيف الدولى للأمراض ، والذى تصدره منظمة الصحة العالمية [WHO]). وعلى سبيل المثال، قام بحث عن الصحة العقلية فى بورتوريكو بدراسة العلاقة بين النمط المرضى الشعبى "ataques de nervios" (نوبات الإصابة بمرض الأعصاب) ، وبين تلك الأنماط الواردة فى التصنيف DSM-III-R[٨]. كان الأشخاص الذين قرروا حدوث هذه " النوبات " (ataques) أكثر احتمالا بكثير لملاقاة معايير (criteria) تشخيص الاضطرابات الاكتئابية أو تلك المصاحبة للقلق ، ولتقرير إقدامهم على محاولة الانتحار. ثانيا ، هناك حاجة لكى تقوم الأبحاث بدراسة التنميط (patterning) الثقافى للتكيف (coping) ، والتماس الرعاية الصحية ، والاستجابات ذات المغزى (meaning-making) للاضطرابات العقلية والسلوكية. و يمكن أن يتم ذلك ، فى المراحل المبدئية ، من خلال الدراسات التى تجرى فى العيادة (clinic-based) ، مثل الدراسة التى نظمتها منظمة الصحة العالمية حول المشكلات النفسية فى الرعاية الصحية الأولية ، والتى تتميز بالانخفاض النسبى لتكاليف إجرائها ، كما أنها تتمخض عن نتائج أكثر قيمة بكثير عما سواها[٩]. ثالثا ، هناك حاجة لأن تقوم الدراسات الوبائية بجدولة البيانات المتعلقة بأنواع المراضة السلوكية (behavioral pathologies) ، مثل إدمان المخدرات والعنف. وتستحق المراضة التبادلية (co-morbidity) للاضطرابات المتعلقة بإدمان المخدرات ، وغيرها من الاضطرابات العقلية والسلوكية ، اهتماما خاصا : مثل العلاقة بين إدمان الكحول و الإصابة بالاكتئاب ، وبين إدمان المخدرات والعنف. وهناك حاجة لوصف أكثر منهجية لعملية " عنقدة "(clustering) الحالات المرضية تلك ، سواء فيما يتعلق بالمتغيرات (variables) النفسية والبيولوجية الفردية ، أو فيما يتعلق بالمتغيرات الاجتماعية. رابعا، يجب أن يتم تجميع البيانات بصورة روتينية فيما يختص بالعلاقة بين مشكلات الصحة العقلية والسلوكية وبين الحالة الصحية العامة .

الأبحاث المتعلقة بخدمات الصحة العقلية

يمكن أن تلعب الأبحاث دورا رئيسيا فى الجهود المبذولة لتطوير نوعية الخدمات القائمة للصحة العقلية ، وذلك من خلال:

(١) تحسين نوعية خدمات الصحة العقلية فى إطار الرعاية الصحية الأولية ، وفى سياق العلاج النفسانى .

(٢) تطوير وتقييم برامج المعالجة والتأهيل النفسانى المجتمعية الارتكاز.

(٣) تحسين التوازن ، واستمرارية الرعاية ، والتكامل ، فيما يتعلق بأنظمة الصحة العقلية.

١ . تحسين نوعية خدمات الصحة العقلية فى إطار الرعاية الصحية الأولية ، وفى سياق العلاج النفسانى : نظرا لوجود عدد قليل للغاية من المتخصصين فى مجال الصحة العقلية فى أغلب المجتمعات المنخفضة الدخل ، يجب أن تمنح أولوية قصوى لتصميم ، وتمويل، وتقييم البرامج التدريبية الفعالة مقارنة بتكلفتها ،والموجهة للعاملين المساعدين فى مجال الصحة العقلية. وهناك العديد من النماذج الرائعة لمثل هذه البرامج. وعلى سبيل المثال ، توضح لنا دراسة أجراها تيموثى هاردنج (Harding) وزملاؤه ، بدعم من منظمة الصحة العالمية ، التحسن

جدول ١٢-٣: المتغيرات التى يجب اشتمالها فى الأبحاث الوبائية

١ . الخصائص الاجتماعية - السكانية الأساسية

٢ . التشخيصات العصبية - النفسانية

٣ . العلامات المحلية للضوائق النفسية

٤ . أنواع المراضة السلوكية والاجتماعية

٥ . الإعاقة وحالة الصحة البدنية

٦ . التماس الرعاية الصحية والاستجابات التكيفية

في معدلات التعرف على الحالات المرضية (recognition rates) عندما يتلقى العاملون في مجال الرعاية الصحية تدريبا كافيا فيما يختص بالتعرف على الاضطرابات العقلية[١٠]. فبعد إتمام التدريب الكافي ، تحسنت مقدرة العاملين في مجال الصحة العقلية على التعرف على الاضطرابات العقلية (والتي يعبر عنها بالنسبة المئوية لأولئك المصابين باضطرابات عقلية والذين تم التعرف عليهم بصورة صحيحة) بضعفين إلى ثلاثة أضعاف في أغلب المواقع. وكانت النتائج متماثلة فيما يتعلق بكل من الأطفال والبالغين.

ولابد من أن تقوم البرامج التجريبية المستقبلية بتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على التعرف والتدخل بصورة حاذقة في مواقف العنف المنزلي ، أو السلوك الانتحاري،أو إدمان المخدرات - والتي تعد رؤيتها جميعا من الأمور المألوفة في الممارسة الطبية العامة. وهناك حاجة لمقاربة علاجية أكثر شمولا للمشكلات المتعلقة بالأسرة ، والشبكات المحلية ، وبالمجتمع ، من أجل الوقاية من " التطبيب " (medicalization) الضار للمشكلات الاجتماعية. وعلى سبيل المثال ، فلا يكفي تشخيص امرأة للإصابة بإحدى حالات الاكتئاب الكبرى ومعالجتها بالأدوية ، إذا أسهم وجود زوج يعتدي عليها بدنيا، في إصابتها بالمرض .

ويمكن للدراسات التي تجرى تحت ظروف الرعاية الصحية الأولية والطب النفسي ، أن تفحص بصورة فاعلة مدى ملاءمة (appropriateness) ممارسات وصف الأدوية النفسانية التأثير. وتعد هذه من المجالات التي تتمتع بأهمية كبرى ، نظرا لأن الأدوية تمثل أحد المكونات المكلفة للعلاج في العيادة الخارجية في كثير من البلدان المنخفضة الدخل. وتتسم الدراسات التي تتناول ممارسات الأطباء فيما يتعلق بوصف الأدوية ، والعوامل التي تؤدي إلى عدم التزام المرضى بتناول العلاج ، بأهمية مماثلة .

ولابد من منح الأولوية للمشروعات البحثية التجريبية (demonstration projects) المتعلقة بالخدمات الإكلينيكية ، والتي تقدم علاجا يتسم بحساسيته للثقافة المحلية ، وبالامتداد المجتمعي. وفي زيمبابوي ، اعتمد جيريمي برودهيد (Broadhead) وزملاؤه

على المقابلات الشخصية للرواة الرئيسيين (key-informants) والزعماء المجتمعيين ، وعلى الامتداد المجتمعي (community outreach) والتوعية المجتمعية ، ومعرفة التعبيرات الرمزية المحلية المتعلقة بالضوائق النفسية،في تطوير خدمات معالجة الاكتئاب في إطار الرعاية الصحية الأولية[11]. وقد قام أولئك الباحثون أولا بمحاورة المداوين التقليديين المحليين ، وغيرهم من الرواة الرئيسيين ، من أجل الحصول على التعابير المحلية عن الضوائق النفسية ، والآراء المجتمعية بخصوص طبيعة وعلاج المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية. وبعد ذلك ، تم استخدام التعبيرات الرمزية المحلية للضوائق النفسية لتصميم أداة للاستقصاء (screening instrument) وبروتوكول لعلاج الاكتئاب وتم تدريب الممرضات على استخدام أداة الاستقصاء تلك ، وذلك لمساعدتهن في التعرف ، ومن ثم معالجة ، الأشخاص المصابين بالاكتئاب. وتم تنفيذ برامج الامتداد المجتمعي والتوعية المجتمعية من أجل الدعاية لهذه الخدمات. ولا تتوافر لدينا معلومات بخصوص فاعلية هذا التدخل بالذات – وبالتحديد فيما يتعلق بالأبحاث المطلوبة لسد الثغرة الموجودة بين المشروعات البحثية التجريبية وبين البرامج البحثية العامة.

٢ . برامج العلاج والتأهيل النفسي المجتمعية الارتكاز. تعد كثيرا من الاضطرابات العصبية – النفسانية حالات مرضية مزمنة ترتبط بقدر معتبر من الإعاقة ، مثل تعطل الفاعلية المهنية والاجتماعية. ومنذ ثلاثين سنة خلت ، كان العلاج المعتاد للمرضى باضطرابات مزمنة يتمثل في الرعاية الوصائية (custodial care) المؤسساتية الارتكاز ، والتي كثيرا ما كانت منفرة وطويلة الأمد. وحتى في البلدان ذات الموارد المحدودة ، تتوافر حاليا نماذج لبرامج التأهيل النفسية – الاجتماعية المجتمعية الارتكاز ، والتي تتميز بانخفاض تكاليفها ، ومراعاتها لحقوق الإنسان ، وبفاعليتها في الوقت نفسه ، ويمكن لهذه البرامج أن تبقي على المرضى ضمن بيئاتهم الأسرية والمهنية المعتادة. وتم وصف واحدة من تلك الدراسات ، وهي المعالجة المجتمعية الأسرية الارتكاز التي أجرتها زيونج وي (Xiong Wei) وزملاؤها في الصين ، على صفحات الفصل السادس (انظر إطار ٦-٢)[12]. وقد كانت هذه الدراسة نموذجية ، من وجهة النظر البحثية ، نظرا لمقارباتها المنهجية الصارمة ، وتقييمها الشامل للنتائج ، والذي تخطى حدود الأعراض المرضية ليمتد إلى تقييم الفاعلية الاجتماعية والمهنية. ويحتاج

الباحثون لاعتماد هذه الدراسة والمقاربات المشابهة لها فى البيئات الثقافية الأخرى ، ومن ثم تقييمها باستخدام طرق بحثية دقيقة وموثوقة .

٣ . تقييم الأنظمة المحلية للرعاية الصحية العقلية . يجب على الأبحاث أن تفحص بصورة أكثر اتساعا مدى الخدمات الصحية العقلية على المستوى المجتمعى ، بما فيها القطاع " الخاص " للرعاية (وخصوصا المداوين من أفراد الأسرة والمعالجين المحليين) بالإضافة إلى القطاع "الحكومى" للرعاية ، والذى يضم الرعاية الصحية الأولية ، والمستشفيات العامة ، والخدمات النفسانية الحكومية[١٣]. وكثيرا ما لا توجد البيانات الوصفية الأساسية بخصوص الخدمات القائمة بالفعل ، أو أنها تقتصر على الخدمات " الحكومية " ، أو أنها تكون شديدة السطحية بحيث لا يمكن أن يستفيد منها صانعو السياسات .

وفى البلدان المنخفضة الدخل ، يلعب القطاع " الخاص " للرعاية الصحية دورا رئيسيا فى رعاية المرضى العقليين ، لذا فلابد من وصفه وتقييمه بصورة أكثر دقة ، من أجل تحديد نقاط القوة والضعف ، وعلاقته بالقطاعات " الحكومية " للرعاية. وتستحق مصادر الرعاية غير الحكومية وصفا وتقييما أكثر منهجية. فما هى أنواع العلاجات المتبعة فى علاج الحالات المرضية مثل " الاكتئاب " ، و" القلق " ، و" ضياع الروح " ؟ وهل هذه العلاجات فعالة ؟ وبالنسبة لمن ؟ وتحت أية ظروف ؟ وما هى النماذج التى يمكن تطويرها لربط أولئك الممارسين بنظام الرعاية الصحية الأولية ؟ وكيف تؤثر استجابة الأسرة لإصابة أحد أفرادها بالمرض العقلى ، على مسار المرض ومآله ؟

ويجب استخدام الملاحظات الإثنوغرافية ، والاستقصاءات التى تتناول المؤسسات والهيئات الحكومية ، والبيانات الوبائية المجتمعية، فى تكوين الخرائط التى تمثل بنية وتكامل الأنظمة المحلية للرعاية الصحية العقلية . ويجب أن تكون ردود الفعل تجاه الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية وسلوكية فى نطاق الأسرة، والمجتمع ، وقطاعات الرعاية ، جزءا من ذلك الوصف وبمجرد أن يتم التعرف على طبيعة النظام ، فسيمكن تقييمه فيما يتعلق بخمسة معايير : مدى كفاية ملاقاته للحاجات الأساسية

للصحة العقلية والسلوكية ؛ ومدى لا مركزيته ؛ ومدى تكامله ؛ وكيفية تحقيقه للتوازن بين القطاعات والأنماط المختلفة للخدمات ؛ ومدى استمرارية الرعاية التى يقدمها[١٤].

العنف الجماعى والعنف بين الأفراد

فى حين ركزت أغلب الدراسات السابقة المتعلقة بالعنف ، على معالجة عقابيل العنف على المستوى الفردى ، نحتاج إلى أبحاث جديدة تقوم بما يلى:[١] وصف توزيع ، وأنماط ، والأطر الاجتماعية ، والتأثيرات الصحية للعنف بين الأفراد (interpersonal violence) والعنف الجماعى ، وذلك فى كل من المجموعات السكانية البشرية[٢] ؛ وصف ومقارنة الاستجابات المجتمعية الناجحة للعنف بتلك الفاشلة[٣] ؛ تقييم المبادرات الاجتماعية وتدخلات الصحة العامة للوقاية من العنف الجماعى والعنف بين الأفراد.

يمكن جدولة البيانات الوبائية عن العنف كجزء من عملية تطوير قواعد البيانات التى تتميز بالوعى الثقافى .ويمكن للبيانات التى يتم تجميعها فى العيادات وخلال الاستقصاءات المجتمعية ، أن تساعد فى تحديد مدى الانتشار (pervasiveness) ، والأنماط، والتأثيرات الناجمة عن أنواع معينة من العنف (مثل العنف المنزلى ، أو العنف الناجم عن أسباب عرقية أو إثنية ، أو العنف المرتبط بإدمان المخدرات وبالجريمة). وتعد الدراسات الإثنوغرافية التى تجرى قبل ، وأثناء ، تجميع البيانات الوبائية ، ضرورية لعملية تطوير الأدوات الاستقصائية ، ولفهم المعانى والممارسات المحلية فيما يتعلق بالعنف ، ولفهم تأثير العنف على المستوى المجتمعى. ويتمثل الهدف النهائى لهذا البحث فى تحسين فهمنا للتفاعلات المعقدة بين القوى الاجتماعية ، والسياسية ، والثقافية التى تؤدى لارتفاع معدلات العنف بين الأفراد ، والعنف الإجرامى والمنزلى فى مواقف بعينها ، مثل التفاعل القائم بين الفقر ، والعنصرية (racism) ، وغياب السيطرة الفعالة على امتلاك الأسلحة النارية، وانتشار العصابات الإجرامية ، والمخدرات ، وانهيار الأسر فى المدن الداخلية الأمريكية. فما هى ، على سبيل المثال ، سياقات الوبائيات الاجتماعية (social epidemiology) ، وتلك الإثنوغرافية ، المتعلقة بالعلاقة بين العنف بين الأفراد وبين إدمان المخدرات؟ وإذا تمكنا من فهم هذه القوى

بصورة أفضل ، من خلال الأبحاث ، فسنصبح أقدر على تطوير استراتيجيات مجتمعية للوقاية ، ومبادرات أعرض فيما يتعلق بالسياسات الاجتماعية ، وذلك لتقليل معدلات العنف في المدن ، وفي الشوارع ، وفي المنازل.

استجاب كثير من المجتمعات ، بصورة ناجحة ، للعنف من خلال تطوير البرامج المحلية المبتكرة ، التي تعمل من داخل أو من خارج النظام الحكومي للرعاية الصحية. وعلى سبيل المثال ، يساعد أحد برامج التدخل المجتمعية الارتكاز في أحد مجتمعات هنود المايا في جواتيمالا ، على معالجة الجراح النفسية التي تركتها الحرب في الأطفال من خلال ورش العمل (workshops) التي تهدف لإعادة بناء الشعور بالقيمة الذاتية في هؤلاء الأطفال[١٥]. وفي حالات أخرى، فقد تشتمل الاستجابة على مؤسسات بعينها داخل نطاق المجتمع. وكشفت دراسة إثنوغرافية عن العنف العرقي في الهند وسريلانكا عن الدور الحيوي الذي تلعبه قوات الشرطة والحكومات المحلية في الموضوع : فكان يتم اجتناب الاضطرابات العرقية عندما تتخذ قوات الشرطة موقفا شعبيا صلبا في مواجهة مثل هذه السلوكيات ، وعندما يعلن السياسيون عن عدم تقبلهم لأي نوع من أنواع العنف ، أو دورات الانتقام[١٦]. وقد تكشف المقارنة المنهجية لهذه الاستجابات المجتمعية عن مبادئ عامة لتوجيه السياسات والتدخلات المتعلقة بالصحة العامة في المواقف الأخرى. وقد تكون المعرفة التي تم اكتسابها من الدراسات التي أجريت في آسيا وأفريقيا ذات صلة وثيقة بما يجري في المناطق المعرضة لخطر كبير كاندلاع العنف ، في أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية.

ويتمثل المجال الثالث للأبحاث ، في تقييم السياسات الاجتماعية وتدخلات الصحة العامة المتعلقة بالوقاية من العنف. وعلى سبيل المثال،فلابد من تقييم السياسات الاجتماعية التي تحد من انتشار الأسلحة النارية ، أو تلك التي تغير من استجابة قوات الشرطة للصراعات العرقية. وتتسبب مجموعة معقدة من المتغيرات ، والفاعلة في مرحلة مبكرة من دورة الحياة ، في حدوث العنف بين الأفراد في المراحل الحياتية التالية ؛ وهناك حاجة للأبحاث المتعلقة بتطوير وتقييم البرامج الوقائية الموجهة للأطفال والأسر المعرضة لخطر متزايد[١٧]. وتشدد مامفيلا رامفيل (Ramphele) ، في عملها مع الشباب في جنوب أفريقيا ، على الحاجة لوجود البرامج الموجهة للشباب المعرض

للخطر. وقامت بتصميم برنامج يحقق هذا الهدف من خلال إشراك شباب المدن فى أنشطة خارجية (outdoor activities) مع مشرفين محليين[١٨]. وهناك حاجة أيضا لتطوير وتقييم الحملات الإعلامية التى تهدف إلى تقليل القابلية للعنف ، وإلى تعزيز انتهاج الأنماط الحياتية غير العنيفة .

الصحة العقلية للمرأة

نحتاج إلى البحث فى مجالى السياسات الاجتماعية والصحة العامة من أجل توعية وتقييم التدخلات المتعلقة بالسياسات الاجتماعية والصحة العامة ، والتى تعزز الصحة العقلية للنساء فى جميع أطوار حياتهن. وبرغم أن تلك الأبحاث يجب أن تشتمل على دراسة دور النساء كمقدمات للرعاية (caretakers) للمرضى العقليين ، وللأطفال والمسنين، يعد تحسين حالة الصحة والعافية للنساء هدفا مهما فى حد ذاته. وتشير البيانات التى تم تصنيفها على صفحات هذا التقرير إلى أن الفقر ، والجوع ، والعمل المرهق ، والعنف ، والعجز ، والتى تعانى منها النساء مقارنة بالرجال ، بالإضافة إلى بعض سياسات التنمية الاقتصادية ، تؤدى جميعها إلى حدوث تأثيرات سلبية على الصحة العقلية للنساء. ويجب أن يتمثل الهدف العام للبحث ، فيما يلى:[١] دراسة الكيفية التى تؤثر بها هذه القوى الاجتماعية على الصحة العقلية للنساء ضمن أطر ثقافية معينة[٢] ، تحديد التدخلات المتعلقة بالسياسات الاجتماعية ، والبرامج المجتمعية الارتكاز ، وغيرها من البدائل التى تمكن للنساء وترفع وضعهن الاجتماعى. ومن المرجح أن يتمخض البحث فى هذه المجالات عن تدخلات تقلل من معدلات حدوث بعض الاضطرابات العقلية التى تشيع بين النساء بصورة أكثر بكثير من مثيلاتها فى الرجال ، مثل الاضطرابات المتعلقة بالاكتئاب والقلق. ومن أجل أن تكون فعالة، يجب على تلك التدخلات أن تخاطب اهتمامات النساء فى المجتمعات المنخفضة الدخل ، وأن تشغلهن كمتعاونات (collaborators) نشطات.

وبالنسبة للوباء العالمى من العنف المنزلى ، يمكن أن يتمثل الفرق فى الدراسات الوبائية الأساسية والتدخلات المتعلقة بالصحة العامة. وهناك حاجة للبيانات الوبائية

لتوثيق حجم المشكلة وأنماطها ، بالإضافة إلى " تعنقدها " مع غيرها من أنواع المراضة العقلية والسلوكية ، مثل إدمان المخدرات والاكتئاب. ومن أجل أن تتميز تلك الاستقصاءات بالدقة ، يجب أن تسبقها درسات إثنوغرافية مركزة (focused) ، تقوم باستنباط تلك المواقف والمنظورات المحددة الخاصة بالنساء داخل نطاق المجتمع ، حتى يمكن الاتصال بالنساء قيد البحث (subjects) ، ومن ثم توجه إليهن الأسئلة بصيغة متوافقة مع الثقافة المحلية. ويمكن للبيانات الوبائية الأساسية ، عند اقترانها بمعلومات إثنوغرافية عن وجهات النظر الخاصة بالنساء ، أن ترشد عمليات تصميم برامج التدخل العملية المجتمعية الارتكاز ، مثل الجمعيات النسائية والملاجئ المخصصة للنساء. ويجب أن تصبح أبحاث تقييم البرامج (program evaluation research) جزءا لا يتجزأ من تلك التدخلات. وقد يكون تطوير وتقييم البرامج المجتمعية للوقاية من العنف الموجه ضد النساء ، أفضل الحلول البعيدة المدى لتلك المشكلة الغالبة الانتشار.

وفى أغلب الأحيان، يكون لبرامج التنمية "جانبا مظلما" فيما يتعلق بالصحة العقلية للنساء ، بما يسببه من تفاقم أوجه عدم المساواة القائمة بالفعل بين الجنسين .ومن بين النظريات التى تم ذكرها فى هذا التقرير ، والتى تستحق مزيدا من البحث، نجد برامج إعادة الهيكلة الاقتصادية ، والتى كثيرا ما تنبنى على تعريفات أبوية(*) (فيما يتعلق بأدوار كل من الجنسين (gender roles) ، والتى تتفاعل مع العوامل الثقافية المحلية مما يؤثر سلبا على الصحة العقلية للنساء. وفى البلدان التى لا تزال تجرى فيها عمليات إعادة الهيكلة ، تبرز الحاجة لدراسة الكيفية التى تؤثر بها تلك العمليات على الصحة العقلية للنساء. وفى الأماكن التى تتجه فيها النية لتنفيذ سياسات إعادة الهيكلة مستقبلا ، يمكن للأبحاث أن تتنبأ بتأثيرها على النساء وغيرهن من المجموعات السكانية المعرضة للخطر. ويجب تعزيز المبادرات المصممة لزيادة الاعتراف بالأنشطة الإنتاجية للنساء ، والتى تقدم لهن تعويضات ملاءمة ، كما يجب تقييم النتائج من المنظور الصحى والاقتصادى على حد سواء.

(*) (Patriarchal : بالنسبة إلى النظام الأبوى ، وهو نظام اجتماعى يتميز بسلطة الأب المطلقة على العشيرة أو الأسرة وبانتساب الأبناء إليه لا إلى أمهم) – المترجم.

الأبحاث المتعلقة بالوقاية

هناك حاجة لسياسات اجتماعية ، وتدخلات للصحة العامة ، وخدمات إكلينيكية جديدة ، من أجل الوقاية من الضوائق الناجمة عن الاضطرابات العقلية والسلوكية. ويتميز البحث العلمى بأهميته الحيوية بالنسبة لتلك الجهود. والأبحاث المتعلقة بالوقاية (prevention research) ، حسب استخدامنا لها هنا ، هى تلك الأبحاث التى تقيِّم التدخلات الحادثة قبل بداية ظهور المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية[١٩].

وقد تكون المقاربات الوقائية (prevention approaches) إما عامة ، أو انتقائية ، أو مستطبة[٢٠]. ويتم تطبيق المقاربات العامة (universal) على مجموعات سكانية ، أو مجتمعات ، أو جماعات بأسرها ، دون اعتبار لعوامل الاختطار المنفردة. وتعد تقييمات التدخلات المتعلقة بالسياسات الاجتماعية ، مثل سن القوانين التى تحد من توافر الأسلحة النارية كوسيلة للوقاية من العنف ، أو التدخلات المتعلقة بالصحة العامة ، مثل إضافة اليود إلى ملح الطعام للوقاية من إصابة الأطفال بالتخلف العقلى ، من الأمثلة الدالة على مثل هذه الأبحاث . وتستهدف المقاربات الانتقائية (selective approaches) مجموعات فرعية بعينها من تلك المعرضة لخطر أكبر نتيجة لعوامل الاختطار البيولوجية ، أو النفسية ، أو الاجتماعية. وعلى سبيل المثال ، يمكن أن تصبح الأسر ذات الخصائص التى تعرض الأطفال لخطر العنف ، هدفا للأبحاث المتعلقة بالوقاية. وختاما ، يشير اصطلاح الوقاية المستطبة (indicated prevention)، إلى التدخل لدى أولئك الذين قد يظهروا علامات وأعراض الاضطرابات العقلية أو السلوكية ، لكنهم لا يتوافقوا بعد مع المعايير الكاملة لتشخيص هذه الحالات المرضية. وعلى سبيل المثال، فالأشخاص الذين يعانون من بعض (ولكن ليس كل) أعراض اضطراب الكرب التالى للصدمة (PTSD) ، أو حالات الاكتئاب الكبرى، بعد تعرضهم لإحدى الكوارث ، يمكن أن يصبحوا هدفا للجهود الوقائية .

ويمكن أن تفهم الأبحاث المتعلقة بالوقاية كعملية تبدأ بمراجعة الوثائق المتعلقة بعوامل الاختطار ، وبالعوامل الوقائية ، ثم تنتقل إلى مرحلة المشروعات التجريبية التى يتم تصميمها وتقييمها بعناية ، قبل أن تنتهى بالتنفيذ على نطاق واسع. وباعتبار

الاحتمالات المتعلقة بها ، نوصى بالقيام بمبادرة دولية كبرى لمراجعة القاعدة المعرفية المتعددة المجالات ، والتعرف على الأولويات والاستراتيجيات الواعدة ، وتنظيم سلسلة من المشروعات الوقائية الصغيرة.أما التدخلات العامة (universal interventions) الواقعة خارج نطاق المرض العقلى بذاته ، مثل التدخلات المتعلقة بالسياسات الاجتماعية والصحة العامة ، فلابد من أن تحظى بالأولوية ، وكذلك التدخلات الانتقائية أو تلك المستطبة. وتضم المجالات الأكثر احتمالا للاستفادة من المقاربات الوقائية : المبادرات التى تستهدف العنف بين الأفراد ، وصحة المرأةوصحة الطفل ، وإدمان المخدرات. وعلى سبيل المثال ، يؤدى فهم أفضل للوبائيات والأطر الإثنوغرافية المتعلقة بإدمان المخدرات ، إلى إبراز النقاط المحلية للوقاية ، والمتعلقة بالبرامج المجتمعية الارتكاز.

قضايا أخلاقية

يجب أن يصبح حل النزاعات العرقية محور اهتمام جدول أعمال الأبحاث العالمية[٢١]. وعلى سبيل المثال ، يجب أن يستفيد أولئك الذين يشاركون فى الأبحاث التى تجرى فى الأمم المنخفضة الدخل ، من تلك الأبحاث. فلابد من ضمان الحصول على الموافقة الواعية (informed consent) والمحافظة على الخصوصية. وهناك عدد من الأسئلة التى لابد من طرحها هنا ؛ فهل المقاييس الأخلاقية الدولية تحافظ بصورة ملائمة على حقوق أولئك الذين تجرى عليهم الأبحاث ؟ وما هو التوازن المطلوب ، فى أية حالة بعينها، بين وجهات النظر الأخلاقية الوطنية ، والمحلية ، أو تلك الدولية ؟ وكيف يمكن ، على سبيل المثال ، أن نحافظ على أصوات النساء ، ومجموعات الأقليات العرقية ، والفقراء ، وأولئك الذين لا يتمتعون بالسلطة السياسية ، من المحو بفعل المداولات الأخلاقية (ethical deliberations) ؟ وكيف يمكن أن توضع فى الاعتبار تلك المفاهيم والممارسات المتعددة الأعراق (plural) فيما يتعلق بالهوية الشخصية ، والخصوصية ، والمسئولية الاجتماعية ، والعلاقات الإكلينيكية (clinical relationships) ؟ وكيف يمكن لنا أن نضع فى اعتبارنا ذلك الإطار الواسع للتباين الموجود بين الشمال والجنوب ، خصوصا فيما يتعلق بتطبيق المبادئ الأخلاقية ، مثل المساواة والعدل؟

وتتبع مجموعة ثانية من الأسئلة الأخلاقية ،عن التحكم فى عملية البحث ذاتها ، بداية من صياغة الأسئلة وانتهاء بتفسير البيانات ونشر النتائج. والسؤال هنا هو ؛ من الذى يجب أن يتحكم فى هذه العملية ؟ وكيف يمكن تثبيط ، ومن ثم منع إساءة استخدام البيانات البحثية – بما فيها قيام الغرباء بإجراء الأبحاث التى ليس لهم فيها مصلحة محلية ؟

وتشتمل المجموعة الثالثة من القضايا الأخلاقية المطروحة ، على العلاقة بين المجتمع البحثى والمجموعات المستفيدة القوية (interest groups) مثل شركات تصنيع الأدوية ، والمؤسسات الأخرى المتعددة الجنسيات ، والمهنيين الصحيين أنفسهم. فكيف تفرض هذه الجهات سيطرتها فى الوقت الحاضر على البرامج البحثية المحلية ؟ ومتى تظهر لدى الباحثين اعتراضات أخلاقية على القيام بالأبحاث التى تلقى معارضة شديدة من قبل مجموعات مستفيدة بعينها (فى حالات الكوارث الصناعية، على سبيل المثال ، يمكن للشركات المتعددة الجنسيات أن تعترض سبيل تجميع أنواع معينة من البيانات التى يمكن استخدامها فى مقاضاة (litigate) تلك الشركات ؟ وما هى أنواع السيطرة التى يمكن تطبيقها لضمان كون البحث المعنى يعمل لمصلحة كامل المجتمع ، بالإضافة إلى الأقليات وغيرها من الجماعات الهامشية التى تعيش داخل هذا المجتمع ؟ وبرغم أن الأجوبة على تلك الأسئلة لن تكون بسيطة ولا قابلة للتطبيق على وجه العموم ،فلابد من أن يؤدى التعرف على المعضلات الأخلاقية إلى تعزيز القيام بالأبحاث الأكثر شعورا بالمسؤولية.

تعزيز القدرة على القيام بالأبحاث

يستلزم البحث وجود باحثين مدربين جيدا، وبيئات مؤسساتية داعمة ، وشبكات تعاونية دولية .

وتتميز عمليات التجنيد ، والتدريب ، والدعم للباحثين فى مجال الصحة العقلية فى المجتمعات المنخفضة الدخل ، بأهميتها الحيوية. ولابد من أن تبدأ عمليات التجنيد

(recruiting) بزيادة تعريض الطلاب للمجالات ذات العلاقة للصحة العقلية ، وللعلوم الاجتماعية ، وذلك فى كليات الطب وفى برامج الدراسات العليا. ويجب أن تتوافر أيضا فرص التدريب الملائمة للحصول على درجة الدكتوراه وما يليها من الأبحاث التخصصية. ويجب أن تتوافر فرص التدريب فى مجالات علمية متنوعة ، بما فيها العلوم البيو – طبية ، والصحة العامة ، وخدمات الصحة العقلية ، والعلوم الاجتماعية. وإذا لم تتوافر تلك الفرص فى المؤسسات التعليمية المحلية ،فيجب على المؤسسات التعليمية الإقليمية،والوطنية، والدولية ، أن توفر برامج التدريب المصممة حسب احتياجات الطلاب الأجانب. وعلى العكس من ذلك، فيمكننا أن نكسب الكثير من تشجيع الباحثين فى مجال الصحة العقلية فى البلدان الغنية ، على السفر إلى المجتمعات الفقيرة (حيث يمكن ، فى واقع الأمر، أن نجد الغالبية العظمى من المشكلات العقلية الموجودة فى العالم) ، من أجل أن توعيتهم بالطريقة التى تترسخ بها جذور المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية فى عمق الأنظمة الثقافية المحلية ، والنظم المحلية للرعاية الصحية.

ومن أجل إيجاد كادر من الخبراء فى مجال الصحة العقلية فى البلدان المنخفضة الدخل ، يجب أن توفر برامج التدريب لما بعد الدكتوراه (postdoctoral) ، للباحثين فى المجالات البيو – طبية ومجال الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية ، تدريبا فى الأفرع ذات العلاقة من العلوم الاجتماعية ، والعكس صحيح. ويجب أن يكون هدف التدريب هو تحقيق نموذج عابر للتخصصات العلمية (transdisciplinary mode)[٢٢]. ويستلزم ذلك أن يجمع الباحثون بين الخبرة فى أحد الفروع العلمية الأولية ، مع الكفاءة فى واحد أو أكثر من الأفرع العلمية الأخرى،وتعنى الكفاءة (competence) أكثر من مجرد الاعتياد على الطرق البحثية المختلفة؛ فهناك حاجة لوجود انشغال عميق بتاريخ الأفرع العلمية الأخرى والمُنشآت النظرية (theoretical constructs) المتعلقة بها[٢٣]. وبمجرد انتهاء الطلاب من تدريبهم العملى ، فلابد من توافر وظائف أكاديمية مرموقة للوقاية من " هجرة أدمغة " (brain drain) الباحثين المؤهلين إلى البلدان المرتفعة الدخل ، أو إلى وظائف إدارية أخرى تدر دخلا أفضل فى بلدانهم الأصلية ذاتها.

ويجب أن تشجع البيئات المؤسساتية (institutional environments) على تنفيذ المقاربات بين الأفرع العلمية المختلفة (interdisciplinary approaches) ، وذلك

بالتقريب بين أساتذة الجامعات من التخصصات البيو - طبية ، والصحة العامة ، والعلوم الاجتماعية. وفى مواقف معينة، يمكن تنفيذ العمل بتطوير برامج تبادلية التخصصات العلمية (cross-disciplinary) داخل المؤسسات الطبية القائمة أو من خلال برامج التقوية المؤسساتية (institutional strengthening programs) التى تعزز التعاون والحوار بين الأساتذة المتخصصين فى علم الاجتماع والعلوم الطبية. أما الجهود الدولية التى يبذلها كل من قسم العلوم الاجتماعية التابع لبرنامج منظمة الصحة العالمية لأمراض المناطق الحارة (WHO Tropical Diseases Program) ، ومشروع البحث التطبيقى فى أمراض الإسهال ، والتابع لمعهد هارفارد للتنمية الدولية ، والشبكة الدولية لعلم الوبائيات الإكلينيكى (ICLEN) ، والتى تهدف جميعها للربط بين الأبحاث المتعلقة بالعلوم الاجتماعية بمؤسسات الصحة العامة من خلال أوجه التعاون العملية التوجه (mission-oriented collaborations) ، فيجب أن يتم اعتبارها كنماذج يحتذى بها ويجب أن يشارك ، كلما أمكن ذلك ، موظفو وزارات الصحة العامة وغيرها من القطاعات الحكومية ، فى تخطيط مراحل البحث لجعلها أكثر ارتباطا بالأسئلة المتعلقة بالسياسات ، ولتشجيع تعميم هذه الأبحاث ونشرها. وسيضمن وجود روابط أكثر فعالية بين عالم صناع السياسات وبين الباحثين ، أن نتائج الأبحاث سيتم ترجمتها إلى برامج وسياسات تتناول ، على الأقل ، بعض القوى الاجتماعية التى تؤثر على الصحة الاجتماعية والعقلية[٢٤].

ويتمثل العنصر الثالث فى تقوية القدرة على إجراء الأبحاث (research capacity) فى جميع أنحاء العالم ، فى تكوين شبكات دولية وإقليمية أفضل ، مكونة من الباحثين وصناع السياسات ، وممثلى المؤسسات المعنية ، ومن مديرى برامج التدريب. ويجب أن يتم بناء الشبكات الفعالة بالاحتذاء ببرامج مثل المنتدى الدولى للعلوم الاجتماعية فى المجال الصحى (Intl. Forum for Social Sciences in Health) ، والذى يسعى لإيجاد حديث (colloquy) عالمى بين العلماء فى مجالى العلوم الاجتماعية والعلوم الصحية ، من أجل دعم العلاقة بين العلوم الاجتماعية وبين الصحة. ومن بين أهداف مثل هذه البرامج تسهيل التواصل والتعاون بين الأفرع العلمية المختلفة على المستويين الإقليمى والدولى. وتضم الأمثلة الأخرى على الشبكات التعاونية الدولية ، الشبكة الدولية لعلم الوبائيات الإكلينيكى. وتمثل المراكز التعاونية (collaborative centers) التابعة لوحدة

الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية ، أمثلة لتلك البرامج التى نحتاجها. وتغطى هذه الشبكات بالفعل الدراسات السلوكية والسكانية ، غير أن هناك حاجة لبحث العديد من القضايا الأخرى بصورة منهجية – مثل العنف ، وتهجير السكان ، وإدمان المواد ، وتلك المجموعة من المشكلات العريضة المتعلقة بالصحة العقلية للنساء ، والأطفال ، والمسنين.

نظرا لتميز مجتمعات البحث فى مجال العلوم الصحية والاجتماعية فى البلدان المرتفعة الدخل ، بكونها أكثر تطورا بكثير من مثيلاتها فى البلدان الفقيرة ، تصبح أهمية الاتصال بين قارات العالم أمرا حيويا. ولابد من إدراك عملية تدفق المعرفة (flow of knowledge) ، والتى يظن فى أغلب الأحيان أنها تتدفق فى اتجاه واحد – من الغنى إلى الفقير ، على أنها عملية ثنائية الاتجاه. ولابد هنا من تطوير آليات تسهيل هذا التبادل المزدوج بصورة أكثر شمولية (مثل فتح أبواب المجلات الدولية الرائدة أمام المساهمات التى يرسل بها باحثون من البلدان المنخفضة الدخل).

الدعم المالى للأبحاث

فى تقرير مؤثر لها بعنوان " البحث الصحى : رابطة ضرورية للمساواة فى التنمية " ، اقترحت لجنة الأبحاث الطبية من أجل التنمية (Commission on Health Research for Development) ، أن تخصص كل دولة ٢٪ من ميزانيتها الصحية من أجل " الأبحاث الصحية الوطنية الضرورية "[٢٥]. ونظرا للحجم الهائل والإلحاح الذى تتسم به المشكلات التى تواجه البلدان المنخفضة الدخل ، نوصى أيضا بتخصيص ٢٪ أخرى "للأبحاث الوطنية الضرورية المتعلقة بالصحة العقلية"، وهذه مجرد البداية .

تتسم الاعتمادات المالية المخصصة للبحث فى مجال الصحة العقلية فى آسيا ، وأفريقيا ، وأمريكا اللاتينية ، بعدم كفايتها لدعم حتى الأنشطة البحثية التمهيدية التى ذكرت بصورة موجزة على صفحات هذا الفصل. ويجب أن يأتى قدر معتبر من التمويل المطلوب ، من الحكومات ، والهيئات الدولية ، والمؤسسات الخاصة ، وغيرها من المنظمات غير الحكومية (NGO's). ويتميز تطوير قواعد البيانات الوطنية بأهميته الفائقة بالنسبة لمسئوليات الدولة ، حتى أنه يتوقع من وزارات الصحة والرخاء

الاجتماعى أن توفر القدر الأكبر من الدعم المطلوب لإجراء الأبحاث الوبائية والاستقصائية. وحيثما تعجز تلك الوزارات عن توفير الدعم المطلوب ، يجب أن تخف الهيئات الدولية للمساعدة.

ونتيجة للمعوقات المالية الخطيرة وتزايد المطالب الضرورية ، فإن الهيئات المعنية بالصحة والرخاء الاجتماعى فى البلدان المنخفضة الدخل ، كثيرا ما تهمل البحث فى مجال الصحة العقلية. ويعد ذلك استجابة تتسم بالقصور ، باعتبار حجم المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية وتكلفتها. وعلى الرغم من ذلك ، فقد أصبحت اللامبالاة المؤسساتية (institutional inattention) من الانتشار بحيث أصبحت هناك حاجة لحملة عالمية لتغيير الوضع الراهن. ونوصى بأن تقوم الهيئات الدولية والمنظمات غير الحكومية بالتفكير جديا فى إمكانية تنظيم حملة دولية لتقليل التحيز ضد البحث فى مجال الصحة العقلية ، ولمنحه أولوية أفضل من تلك التى تتيحها الاتجاهات الحالية. ومن الضروريات الحيوية لهذا التحدى ، هناك الحاجة لتقليل التحيز (bias) الموجود أيضا ضد استخدام المعرفة المحلية. ويجب أن تتلقى ردود الفعل تجاه هذا التحيز ، دعما من الهيئات والبرامج إذا أردنا أن نضمن كون تلك البرامج متسمة بالوعى الثقافى (culturally relevant).

وحدات السياسات المتعلقة بالبحث فى مجال الصحة العقلية

للمشكلات المتعلقة بالصحة العقلية عدد من التأثيرات على كثير من الهيئات العامة ، مثل الهيئات المعنية بالصحة ، والرخاء الاجتماعى ، والأمن العام ، وهيئات الإغاثة. وعلى الرغم من ذلك ، فليس هناك سوى القليل من التنسيق بين هذه الهيئات ، ولذلك فكثيرا ما نجد تراكبا (overlap) بين المشروعات المختلفة ، وتنافسا بينها. ويعد ذلك استخداما غير فعال بصورة مذهلة للموارد المحدودة أصلا. ولذلك ، فنحن نوصى بإيجاد وحدات لسياسات البحث فى مجال الصحة العقلية (mental health research policy units) ، تقوم بالعمل من خلال الوزارات المختلفة على المستوى الوطنى. وتساعد هذه الوحدات فى إعطاء الأولوية للجهود البحثية المحلية والتنسيق بينها ،

إضافة إلى توزيع أكثر فعالية للاعتمادات المالية لدعم المشروعات البحثية ، ومراقبة تقدمها المستمر ونتائجها. ويجب إقامة وحدات البحث فى مجال الصحة العقلية، وكذلك وحدات السياسات ، فى جميع دول العالم. ويجب أن يتم توفير التمويل اللازم لهذه الوحدات من خلال وزارات الصحة العامة ، بمساعدة الهيئات الأخرى التى تعنى بمجالات الصحة العقلية ، والسلوكية ، والاجتماعية.

تفسير النتائج

تحتم الاعتمادية المتبادلة الشاملة (global interdependence) للمجتمعات ، بما فيها الاشتراك فى العبء الواقع على الصحة العقلية نتيجة لكثير من المشكلات التى ذكرت فى هذا التقرير ، حاجتنا لتفسير (translate) النتائج التى يفرزها البحث فى مجال السياسات المتعلقة بالصحة العقلية فى المجتمعات المرتفعة الدخل ، بالنسبة لتطبيقها على تلك المنخفضة الدخل ، والعكس صحيح. ويحتاج المجتمع الدولى إلى عملية يمكن من خلالها التجميع المنهجى للمفاهيم ، والطرق البحثية ، والبيانات ، ومشاركتها. ويمكن تنفيذ وظيفة دار المقاصة تلك (clearinghouse function) ، أفضل ما يمكن ، من خلال اتحاد مالى (consortium) من الهيئات الدولية المرتبطة بالبرامج الإقليمية والوطنية المعنية بالبحث فى مجال سياسات الصحة العقلية. وتزداد الحاجة لعمليات التجميع ، والتوزيع ، والمتابعة ، مع إفراز الأبحاث المحلية لأنواع المعرفة التى حددناها على أنها ضرورية ، ومع إفراز بعض المجتمعات لنتائج بحثية ذات مغزى بالنسبة للسياسات (policy-relevant) يمكن للآخرين تعديلها للتوافق مع مجتمعاتهم. ويعنى غياب مثل هذه العملية الدولية أن هناك حاجزا يفصل بين إيجاد المعرفة وبين نشرها وتطبيقها فى مجال الصحة العقلية.

وهناك عملية ثانية من التفسير ، تتميز بدورها بأهميتها الحيوية. وكما يحدث فى قطاعات الصحة والرخاء الاجتماعى بصورة عامة ، كثيرا ما يصعب تحويل نتائج الأبحاث بصورة مباشرة إلى مبادرات متعلقة بالسياسات. ويجب أن تكون هناك عملية تكرارية لاختبار وتنقيح المعارف الجديدة ، من خلال تطوير البرامج وتطبيق السياسات ،

تليها مرحلة من التقييم الدقيق؛ وكثيرا ما تظهر فى عالم اليوم فجوة غير مجسّرة بين البحث والسياسات. ومن أجل التغلب على هذه العقبات ، يتوجب على الباحثين المختصين بالصحة العقلية أن يتعلموا صياغة نتائج أبحاثهم بطرق تجعل الوصول إليها أيسر بالنسبة لصناع السياسات ، كما يجب على صناع السياسات بدورهم أن يكتسبوا فهما أساسيا للأبحاث المتعلقة بالصحة العقلية ، والذى يتيح لهم استخداما أكثر فعالية للمساهمات البحثية. وبرغم أنه يتوجب على الوحدات الوطنية للأبحاث المتعلقة بالصحة العقلية أن تمنح الأولوية لهذا الهدف ، فلابد لحملة تنظمها الهيئات الدولية أن تحث صناع السياسات على أن يصبحوا مستهلكين أكثر وعيا بالوثائق ذات العلاقة ، والتى تعنى بالبحث فى مجالات الصحة العقلية والاجتماعية. ويحتاج الباحثون فى مجال الصحة العقلية أيضا إلى أن يتلقوا تدريبا متقدما فى التطبيقات المتعلقة بالسياسات ، بحيث يمكنهم المشاركة بصورة أكثر كفاءة فى التفاعلات القائمة مع صناع السياسات .

وخلاصة القول أن الهدف النهائى يجب أن يتمثل فى منح الأولوية للبحث فى مجال الصحة العقلية ، ونقله من الهامش إلى مركز السياسات الصحية والاجتماعية ، وتجنيد وتدريب علماء الاجتماع والباحثين الصحيين ، وزيادة عدد صناع السياسات الصحية والاجتماعية من ذوى المعرفة بنتائج الأبحاث المتعلقة بالصحة العقلية ، والملتزمين بحل المشكلات المتعلقة بالصحة العقلية .

الهوامش

(١) المصدر : Phillips et al., in press.
(٢) المصدر : Katon et al., 1993.
(٣) المصدر : Institute of Medicine, 1994.
(٤) المصدر : Sartorius and Henderson, 1992.
(٥) المصدر : Commission on Health Research for Development, 1990.
(٦) المصدر : Frenk, 1993a.
(٧) المصدر : Sartorius, 1993.
(٨) المصدر : Guarnaccia et ae., 1993.
(٩) المصدر : Gater et al., 1991; Sartorius et al., 1993.
(١٠) المصدر : Harding et al., 1983.
(١١) المصدر : Broadhead and Abas, 1993.
(١٢) المصدر : Xiong et al., in press.
(١٣) المصدر : Kleinman,1980.
(١٤) المصدر : Dorwart, 1993.
(١٥) المصدر : Lykes, 1994.
(١٦) المصدر : Tambiah,1993.
(١٧) المصدر : Earlsetal., 1993.
(١٨) المصدر : Ramphele, 1993.
(١٩) المصدر : Institute of Medicine, 1994.
(٢٠) المرجع السابق، ١٩٩٤.
(٢١) المصدر : Christakis, 1992.
(٢٢) المصدر : Rosenfield, 1992.
(٢٣) المصدر : Good, 1992a.
(٢٤) المصدر : Frenk, 1993b.
(٢٥) المصدر : Commission on Health Research for Development, 1990.

المراجع

Abel, E.L. and R.J. Sokol. 1987. Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies. *Drug and Alcohol Dependence* 19:51-70.

Ackerman, G.L. 1993. A congressional view of youth suicide. American *Psychologist* 48:183-184.

Acuda, S. 1985. International Review Series: alcohol and alcohol problems research. I. East Africa. *British Journal of Addiction* 80:121-126.

Acuna, J.E. 1989. *Children of the Storm.* Philippines: Children's Rehabilitation Center .

Adanda, L. and I. Shaman. 1985. *Women and Violence: A Comparative Study of Rural and Urban Violence Against Women in Bangladesh.* Dhaka, Bangladesh: Women for Women: A Research and Study Group.

Adebajo, C. 1991. A grassroots project by nurses and midwives in Nigeria to eradicate female circumcision. Paper presented at 18th Annual NCIH International Health Conference, Arlington, V A.

Agahi, C. and C. Spencer. 1982. Patterns of drug use among secondary school children in post-revolutionary Iran. *Drug and Alcohol Dependence* 9:235-242.

Agarwal, B. 1987. Neither sustenance nor sustainability: agricultural strategies, ecological degradation and Indian women in poverty. In *Structures of Patriarchy,* edited by B. Agarwal, pp. 83-120. London: Zed Books.

Ager, A., Ager, W., and L. Long. 1991. A *Case Study of Refugee Women in Malawi: A Report for the United Nations High Commissioner for Refugees.* Zambia: Centre for Social Research.

Ageways. 1987. Newsletter for Help Age International, September, London.

Agudelo, S.F. 1992. Violence and health: preliminary elements for thought and *action. International Journal of Health Services* 22:365-376.

Ahmed, N., Zeitlin, M., Beiser, A., Super, C., and S. Gershoff. 1993. A longitudinal study of the impact of behavioral change intervention on cleanliness, diarrheal

morbidity and growth of children in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine* 37:159-171.

Al-Issa, I. 1989. Psychiatry in Algeria. *Psychiatric Bulletin* 13:240-245.

Aldy, D. et al. 1985. Ganja smokers among the freshman at the University of North Sumatera-Indonesia. *Paediatrica Indonesiana* 25:67-70.

Allodi, F. 1980. The psychiatric effects in children and families of victims of political persecution and torture. *Danish Medical Bulletin* 22:229-232.

_____.1991. Assessment and treatment of torture victims: a critical review. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 179:4-11.

Allodi, F. and A. Rojas. 1985. The health and adaptation of victims of political violence in Latin America (psychiatric effects of torture and disappearance). In *Psychiatry: The State of the Art,* edited by P. Pichot, P. Bemer, R. Wolf, and K. Thau, Volume 6, pp. 243-248. New York: Plenum Press.

Allodi, F. and A. Rojas. 1988. Arauco: the role of a housing cooperative community in the mental health and social adaptation of Latin American refugees in Toronto. *Migration World* 16:17-21.

Almeida-Filho, N. 1982. The psychosocial costs of development: labor, migration, and stress in Bahia, Brazil. *Latin American Research Review* 17(3):91-118.

_____.1993. Becoming modern after all these years: social change and mental health in Latin America. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Almeida-Filho, N., Mari, J., Coutinho, E., et al. 1992. Estudo multicentrico de morbidade psychicitrica em areas urban as brasileiras (Brazilia, sao Paulo, Porto Alegre). *Revista da ABP-APAL* 141:93-104.

Amazigo, U. Forthcoming. Nutrition. In In Her Lifetime; Female Morbidity and Mortality in Sub-Saharan Africa, edited by C. Howson, D. Hotra, and M. Law. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press.

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Amnesty International. 1983. *Mental Health Aspects of Political Imprisonment in Uruguay.* Amnesty International Special Briefing, June 7.

Anderson, A. 1988. *Throwaway Children.* Sound track. Norway.

Anderson, J.W. and M. Moore. 1993. Born oppressed: women in the developing world face cradle-to-grave discrimination, poverty. *The Washington Post,* February 14, A1.

Andrews, G.R., Esterrnan, A.J., Braunack-Mayer, A.J., and C.M. Rungie. 1986. Aging in the Western Pacific; A Four-Country Study. Western Pacific Reports and Studies No.1, World Health Organization.

Apt, N. 1975. Urbanization and the aged. In Changing Family Studies, Legon Family Research Papers, edited by C. Oppong, pp. 177-183. Institute of African Studies.

______.1990. Cited in American Association of Retired Persons. Network News 5(2), p. 29. Aptekar, L. 1988. Street Children of Cali. London: Duke University Press.

Argandofia, M. 1993. *Drug Users' Treatment and Care; A Draft Review of* WHO Reports. Geneva: Program on Substance Abuse, World Health Organization.

Arms Project and Physicians for Human Rights. 1993. *Landmines; A Deadly Legacy.* New York: Human Rights Watch.

Asian and Pacific Women's Resource and Collection Network. 1989. *Asian and Pacific Women's Resource and Action Series; Health.* Kuala Lumpur, Malaysia: Asian and Pacific Development Centre.

Aslam, A. 1989. Drug addiction in Pakistan. Paper presented to the Commission on Health Research for Development. Cambridge, Massachusetts, May 17.

______.1992. Drug addiction in Pakistan. *Specialist* 6(3):104-108.

______.1993. A drug demand reduction project in a squatter settlement of Karachi, Pakistan. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Asuni, T. 1964. Socio-psychiatric problems of cannabis in Nigeria. *Bulletin on Narcotics* 16:27.

Asuni, T. and F. Bruno. 1984. Summary of an eleven-country study of socio-legal measures to combat drug abuse and related crime. *Bulletin on Narcotics* 36:3-8. Athey, J. and F.L. Aheam. 1991. The mental health of refugee children: an overview. In Refugee Children; *Theory, Research, and Services,* edited by F.L. Aheam.and J.L. Athey, pp. 3-19. Maryland: Johns Hopkins University Press.

Baasher, T. 1961. Survey of mental illness in Wadi Halfa. World Mental Health 13:1-5. .1981. The use of drugs in the Islamic world. *British Journal of Addiction*

_____.1989. Drug and alcohol problems and the developing world. *In583temational Review of Psychiatry* 1:13-16.

Babb, F. 1992. From co-ops to kitchens. *Cultural Survival Quarterly* 16(4):41-43.

Babor, T.F. J993. Alcohol use and abuse in developing countries: implications for public health and social welfare. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Balanon, L. 1989. Street children: strategies for action. *Child Welfare* 68(2):159-66.

Banerjee, G., Nandi, D.N., Nandi, S., Sarkar, S., Boral, G.C., and A. Ghosh. 1990. The vulnerability of Indian women to suicide: a field-study. *Indian Joumal of Psychiatry* 32:305-308.

Banister, J. 1985. Surprises and confirmations in the results of China's 1982 census. *Intemational Population Conference, Florence* 1985, Volume 4, pp. 465-78. Liege: IUSSP.

Barbosa, J. and N. Almeida-Filho. 1986. Prevalence of emotional disorders in a rural area of Bahia, Brazil. Paper presented at the 11 Th. World Congress of Social Psychiatry , Rio de Janeiro.

Barragan Alvarado, L. et al. 1992. Proyecto educativo sobre violencia de genero en la relacion domestic a de pareja. Centro de Planificati6n y Estudios Sociales. CEPLAES: Quito, Ecuador .

Barry, K. 1981. Female Sexual Slavery. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barudy, J. 1989. A programme of mental health for political refugees: dealing with the invisible pain of political exile. *Social Science and Medicine* 28 :715- 727.

Basham, A.L. 1959. The Wonder *That Was India: A Survey of the Culture of the Indian Sub-Continent before the Coming of the Muslims.* New York: Grove Press.

Batliwala, S. 1983. Women in poverty: The energy, health and nutrition syndrome. Paper presented at a workshop on "Women and Poverty" at the Centre for Studies in Social Sciences, Calcutta, March 17-18.

Becker, D., Castillo, M., Gomez, E., Kovalskys, J., and E. Lira. 1989. Subjectivity and politics: the psychology of extreme traumatization in Chile. International Journal of Mental Health 18:80-97.

Beiser, M. et al. 1972. Assessing psychiatric disorder among the Serer of Senegal. *Joumal of Nervous and Mental Disease* 154:141-151.

Beiser, M., Turner, R.J., and S. Gandsen. 1989. Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine* 28:183-195.

Bell, R.M., Ellickson, P.L. and E.R. Harrison. 1993. Do drug prevention effects persist into high school? How Project ALERT did with ninth graders. *Preventive Medicine* 22:463-483.

Belle, D. 1990. Poverty and women's mental health. *American Psychologist* 45:385-389.

Belle, D., Dill, D., Long fellow, C. and V. Makosky. 1990. Stressful life conditions and mental health of mothers. In *Women and Depression: Research Gaps and Priorities.* Symposium presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association,'Atlanta, Georgia, (August), N. Russo (Chairman).

Belsasso, G. 1978. The international challenge !of drug abuse: the Mexican experience. In *The International Challenge of Drug Abuse,* edited by R.C. Pedersen, NIDA Research Monograph Series No.19, pp. 26-40. Rockville, MD: Department of Health, Education, and Welfare.

Beneria. L. 1992. The Mexican debt crisis: restructuring the economy and the household. In *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty and Women's Work,* edited by L. Beneria and S. Feldman, pp. 83-104. Boulder, CO: Westview Press, Inc.

Beneria, L. and S. Feldman, eds. 1992. Unequal *Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work.* Boulder, CO: Westview Press, Inc.

Berger, L.R. 1988. Suicides and pesticides in Sri *Lanka. American Journal of Public Health* 78:826-828.

Beristain, C.M. and F. Riera. 1992. *Salud Mental: La Comunidad como Apoyo.* Barcelona: Virus Editorial.

Bernstein, E.M. 1993. A lesson in one woman's decision: in choosing clinics for abortions, knowledge is key. *The New York Times,* July 19, Bl. .

Berrueta-Clement, *I.R.*, Schweinhart, L.I., Barnett, W.S., et al. 1984. *Changed Lives*: The *Effects of the Perry Preschool Program on Youths Through Age* 19. Ypsilanti, MI: The High Scope Press.

Bibeau, G. and E. Corin. 1993. Organizational models, local knowledge and socioeconomic constraints in the building of mental health policies in African countries. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Blay, S.L., Bickel, H., and B. Cooper. 1991. Mental illness in a cross-national perspective. *Social Psychiatry Epidemiology* 26:245-251.

Bloor, M. 1980. Relationships between unemployment rates and suicide rates in eight countries, 1962-1976. *Psychological Reports* 47: 1095-1101.

Boddy, I. 1989. *Wombs and Alien Spirits: Women, Men, and the Zar Cult in Northern Sudan.* Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Boehnlein, I.K., Kinzie, I.D., Rath B., and I. Fleck. 1985. One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry* 142:956-959.

Boroffka, A. 1960. Mental illness and Indian hemp in Lagos. *East African Medical Journal* 43:377.

Bourbeau, R. 1993. Analyse comparative de la mortalite dans les pays developpes et dans quelques pays en developpement durant la periode 1985-1989. *World Health Statistics Quarterly* 46:4-33.

Bourne, P.G. 1975. Non-pharmacological approaches to the treatment of drug abuse. *American Journal of Chinese Medicine* 3(3):318-384.

Bourque, S. and K.B. Warren. 1989. Democracy without peace: the cultural politics of terror in Peru. *Latin American Research Review* 24:7-34.

Bowles, *I.R.* 1985. Suicide and attempted suicide in contemporary Western Samoa. In Culture, Youth and Suicide in the Pacific: *Papers from an East- West Center Conference,* edited by F.X. Hezel, D.H. Rubinstein, and G.H. White, pp. 15-35. Honolulu: East-West Center.

Boylan, E., ed. 1991. *Women and Disability.* London: Zed Books.

Bradley, C. 1988. The problem of domestic violence in Papua New Guinea. In *Guidelines for Police Training on Violence Against Women and Child Sexual Abuse.* London: Commonwealth Secretariat, Women and Development Programme.

Brems, S. and M. Griffiths. 1993. Health women's way: learning to listen. In The *Health of Women: A Global Perspective, edited by M. Koblinsky, I.* Timyan, and *I.* Gay, pp. 255-273. Boulder, CO: Westview Press, Inc.

Brenner, H. 1975. Trends in alcohol consumption and associated illness. *American Journal of Public Health* 65: 1279.

Brent, D.A., Kupfer, *D.I.,* Bromet, *E.I.,* et al. 1988. The assessment and treatment of patients at risk for suicide. *Review of Psychiatry* 7:353-385.

Broadhead, J.C. and M. Abas. 1993. Defeating depression in the developing world. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Brooke, J. 1993a. Slavery on rise in Brazil, as debt chains workers. *The New York Times,* May 23, A3.

_____.1993b. A hard look at Brazil's surfeits: food, hunger and inequality. *The New York Times,* June 6, C20.

_____.1993c. Inflation saps Brazilians' faith in democracy. *The New York Times,* July .25, I10.

Brown, G.W. 1993. Life events and affective disorder: replications and limitations. *Psychosomatic Medicine* 55(3):248-259.

Brown, G.W., Monck, E.M., Carstairs, G.M., et al. 1962. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1 :55-68.

Brown, G.W., Bhrolchain, M., and T. Harris. 1975. Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology* 9:225-257.

Brown, G.W. and T.O. Harris. 1978. *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women.* New York: The Free Press.

Buie, D.H. and J.T. Maltsberger. 1983. *The Practical Formulation of Suicidal Risk.* Cambridge: Firefly Press.

Burra, N. 1988. Exploitation of children in Jaipur gem industry II: health hazards of gem polishing. *Economic and Political Weekly* 23(4):131-138.

Bustos, E. 1992. Psychodynamic approaches in the treatment of torture survivors. In Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches, edited by M. Basoglu, pp. 333-347. Cambridge: Cambridge University Press.

Buvinic, M. 1983. Women's issues in third world poverty: a policy analysis. In *Women and Poverty in the Third World,* edited by M. Buvinic, M.A. Lycette, and W.P. McGreevey, pp. 14-31. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Buvinic, M. and S.W. Yudelman. 1989. *Women, Poverty and Progress in the Third World.* New York: The Foreign Policy Association.

Caldwell, J .C. 1986. Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review* 12:171-220.

Cameron, F.J. and G.D. Debelle. 1984. No more Pacific Island paradises. *The Lancet* June 2:1238.

Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees. 1988. *Review of the Literature on Migrant Mental Health.* Canada.

Canino, G., Bravo, M. Rubio-Stipec, M., and M. Woodbury. 1990. The impact of disaster on mental health: prospective and retrospective analyses. *International Journal of Mental Health* 19:51-69.

Carlin, J.E. and B.Z. Sokoloff. 1985. Mental health treatment issues for Southeast Asian refugee children. In *Southeast Asian Mental Health: Treatment, Prevention, Services, Training, and Research,* edited by T.K. Owan, pp. 91-112. U.S. Department of Health and Human Services. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.

Carlini-Cotrim, B. and v. Aparecida de Cafvalho. 1983. Extracurricular activities: are they an effective strategy against drug consumption? *Journal of Drug Education* 23:97-104.

Carlini-Cotrim, B. and E.A. Carlini. 1988. The use of solvents and other drugs among children and adolescents from a low socioeconomic background: a study in sao Paulo, Brazil. *International Journal of Addiction* 23(11): 1145-1156.

Carnegie Commission. 1992. *Partnerships for Global Development: The Clearing Horizon.* New York, Carnegie Commission on Science, Technology and Government, December, p.31.

Carr, I. and P. Vitaliano. 1985. The theoretical implications of converging research on depression and culture-bound syndromes. In *Culture and Depression,* edited by A. Kleinman and B. Good, pp. 244-266. Berkeley: University of California Press.

Carrillo, R. 1991. Violence against women: an obstacle to development. In *Gender Violence: A Development and Human Rights Issue,* edited by C. Bunch and R. Carrillo, pp. 19-41. New Brunswick, New Jersey: Center for Women's Global Leadership, Douglas College, Rutgers University.

Carstairs, G.M. 1983. *Death of a Witch: A Village in North India,* 1950-1981. London: Hutchinson.

Castillo, D. et al. 1992. *Violencia Hacia la Mujer ell Guatemala.* Report prepared for the First Central American Seminar on Violence Against Women as a Public Health Problem, Managua, Nicaragua, March 11-13.

Cattell, M. 1990. Models of old age among the Samia of Kenya: family support of the elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 5:375-394.

Cederblad, M. and S.I.A. Rahim. 1986. Effects of rapid urbanization on child behavior and health in a part of Khartoum, Sudan-I. Socio-economic changes 1965-1980. *Social science and Medicine* 22(7):713-721.

Center for Mental Health Services. 1992. *Mental Health, United States,* 1992, edited by R.W. Manderscheid and M.A. Sonnenschein, DHHS Pub. No. (SMA) 92-1942. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Center for Social Development and Humanitarian Affairs. 1991. *The World Aging Situation.* Vienna: United Nations.

Centers for Disease Control. 1992. Recommendations for use of folic acid to reduce the number of cases of spina bifida and other neural tube defects. *Mortality and Morbidity Weekly Report* 41(RR14):1-7.

_____.1993. Prevalence of sedentary life-style-behavioral risk factor surveillance system, United States, 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 42:576-579.

Chacon, K. et al. 1990. Characteristicas de la mujer agredida entendida en el Patronato Nacional de la Infancia (PANI). In *La Violencia Contra la Mujer en la Famil-ia Costarri- cense: Un Problema de Salud Publica,* by Batres Giocanda and C. Claramunt. San Jose, Costa Rica: ILANUD.

Chakraborty, A. 1990. *Social Stress and Mental Health: A Social-Psychiatric Field Study of Calcutta.* New Delhi: Sage Publications.

Chang, L- Y. 1993. Mental health care in Taiwan. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Med- ical School, Boston, Massachusetts.

Chang, L., Miller, B.L., and K.M. Lin. 1993. Clinical and epidemiologic studies of dementias: cross-ethnic perspectives. In *Psychopharmacology and Psychobiology of Ethnicity,* edited by K.M. Lin, R.E. Poland, and G. Nakasaki, pp. 223-252. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Chappell, N. 1990. Aging and social care. In *Handbook of Aging and the Social Sciences,* edited by L. George, pp. 438-454. New York: Academic Press.

Chatterjee, M. 1991. Indian women: their health and productivity. *World Bank Discussion Paper* 109. Washington, DC: The World Bank.

Chavez, L.R. 1992. *Shadowed Lives: Undocumented Immigrants in American Society.* Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Chavez, L.R., Cornelius, W.A., and O.W. Jones. 1985. Mexican immigrants and the utilization of U.S. health services: the case of San Diego. *Social Science and Medicine* 21:93-102.

Chen, A.J. and G. Jones. 1989. Ageing in *ASEAN, Its Socio-Economic Consequences.* Singapore: Institute for Southeast Asian Studies.

Chen, L., Huq, E. and S. D'Souza. 1981. Sex bias in the family allocation of food and health care in rural Bangladesh. *Population and Development Review* 7 :55- 70.

Chen-I, W.U., Zu-En, T., Jing-Guang, Y. and D. Rong-San. 1985. Evaluation of the family system and its influence on the mental health of the aged in China, 147-155. In *Mental Health Planning for One Billion People: A Chinese Perspective,* edited by T. Lin and L. Eisenberg, pp. 147-155. Vancouver: University of British Columbia Press.

Cheng, T.A. 1989. Urbanization and minor psychiatric morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24:309-316.

Cherlin, A. 1979. Work life and marital dissolution. In Divorce and *Separation: Context, Causes and Consequences,* edited by G. Levenger and 0. Moles. pp. 156-166. New York: Basic Books.

Cherpitel, C.J. 1993. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. *Addiction* 88:923-937.

Chinnery-Hesse, M. 1989, *Engendering Adjustment for the 1990s: Report of the Commonwealth Expert Group on Women and Structural Adjustment.* London: Com

Christakis, N.A. 1992. Ethics are local: engaging cross-cultural variation in the ethics for clinical research. *Social Science and Medicine* 35: 1079-1091.

Christakis, N.A., Ware, N.C., and A. Kleinman. 1994. Illness behavior and the health transition in the developing world. In *Health and Social Change in International Perspectives,* edited by L.C. Chen, A. Kleinman, and N.C. Ware, pp. 275-302. Boston, MA: Harvard Series on Population and International Health, Department of Popu

Christian, S. 1990. Argentina deaths bring focus on health care. *The New York Times* (International Edition), August 11, 5.

Chultoo, S. 1990. A sociological study of certain aspects of disease and death: a case study of Muslims in Kashmir. Unpublished Ph.D. dissertation, University of Delhi.

Cienfuegos, A.J. and C. Monelli. 1983. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry* 53:43-51.

Clarke, D. 1977. *The Distribution of Income and Wealth in Rhodesia.* Gweru: Mainbo Press.

Cliff, J. and A.R. Noormahomed. 1988. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine* 27:717-722.

______.1993. The impact of war on children's health in Mozambique. *Social Science and Medicine* 7:843-848.

Cohen, A.K. 1964. *Delinquent Boys-The Culture of the Gang.* Glencoe: The Free Press. Cohen, L. 1992. No Aging in India. Ph.D. dissertation, Department of Anthropology, Harvard University.

Cohen, R.E. 1987. The Armero tragedy: lessons for mental health professionals. *Hospital and Community Psychiatry* 38(12):1316-1321.

Cohn, J., Holzer, K.I., Koch, L., and B. Severin. 1980. Children and torture: an investigation of Chilean immigrant children in Denmark. *Danish Medical Bulletin* 27:238-239.

Comite de Defensa de los Derechos del Pueblo. 1989. The effects of torture and political repression in a sample of Chilean families. *Social Science and Medicine* 7:735-740.

Commission on Health Research for Development. 1990. *Health Research: Essential Link to Equity in Development.* Oxford: Oxford University Press.

Compton, W.M., Helzer, J.E., Hwu, H-G., et al. 1991. New methods in cross-cultural psychiatry: psychiatric illness in Taiwan and the United States. *American Journal of Psychiatry* 148:1697-1704.

Conver. R.C.T., Sepulveda, A.J., Medina, M.M.E., Caraveo, J., and J.R. De La Fuente. 1987. Prevalencia del sindrome de estres postraumatico en la poblacion sobreviviente a un desastre natural. *Salud Publica Mexicana* 29:406-411.

Cook, P. 1990. The social cost of drinking. In *The Negative Social Consequences of Alcohol Use,* edited by O. Aasland, pp. 49-81. Oslo, Norway: Norwegian Ministry of Health and Social Affairs.

Coombs, D.W. and G. Globetti. 1986. Alcohol use and alcoholism in Latin America: Changing patterns and sociocultural explanations. *International Journal of Addiction* 21:59-81.

Corradi, J., Weiss Fagen, P., and M. Garreton. 1992. *Fear at the Edge: State Terror and Resistance in Latin America.* Berkeley: University of California Press.

Counts, D.A. 1987. Female suicide and wife abuse: a cross-cultural perspective. *Suicide and Life- Threatening Behavior* 17: 194-204.

_____.1990a. Beaten wife, suicidal woman: domestic violence in Kaliai, West New Britain. *Pacific Studies* 13:151-169.

_____.1990b. Domestic violence in Oceania: introduction. *Pacific Studies* 13:1-5. Cowgil1, D.O. 1974. Aging and modernization: a revision of the theory. In Late Life: *Communities and Environmental Policy,* edited by J.F. Gubrium, pp. 123-146. Springfield, Il.,: Charles C. Thomas.

Cravioto, P., Anchondo, R-L, de la Rosa, B., Rojas, G., and R. Tapia-Conyer. 1992. Risk factors associated with inhalant use among Mexican juvenile delinquents. In *Epidemiological Trends in* Drug Abuse, NmA, pp. 472-477. Rockville, MD: National Institutes of Health.

Cross-National Collaborative Group. 1992. The changing rate of major depression. *Journal of the American Medical Association* 268:3098-3105.

Csordas, T. and A. Kleinman. 1990. The therapeutic process. In *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method, edited* by T.M. Johnson and C. Sargent, pp. 11-25. New York: Greenwood Press.

Dahlgren, G. 1991. Strategies for health financing in Kenya: the difficult birth of a new policy. *Scandinavian Journal of Social Medicine* (supplement) 46:67-81.

Dalsimer, M. and L. Nisonoff. 1987. The implications of the new agricultural and one- child family policies for rural Chinese women. *Feminist Studies* 13:583-607.

Das, V. 1994. Moral orientations to suffering: legitimation, power and healing. In *Health and Social Change in International Perspective,* edited by L. Chen, A. Kleinman and N. Ware. pp. 139-170. Boston: Harvard Series on Population and International Health.

_____.,ed. 1990. *Mirrors of Violence: Communities, Riots and Survivors in South Asia.* Oxford: Oxford University Press.

Das, V. and A. Nandy. 1985. Violence, victimhood, and the language of silence. *Contributions to Indian Sociology* 19:177-195.

Daulaire, N.M.P. 1993. The children of Jumla, Nepal: reduction of child deaths and pneumonia cases through pneumonia case management and vitamin A supplementation at the community level. Draft, September .

DaVanzo, J., Parnell, A.M., and W.H. Foege. 1990. Health consequences of contraceptive use and reproductive patterns. *Journal of the American Medical Association* 265:2692-2696.

Davis, D.L. and S.M. Low, eds. 1989. *Gender, Health, and Illness: The Case of Nerves.* New York: Hemisphere Publishing.

Dawes, A. 1990. The effects of political violence on children: a consideration of South African and related studies. *International Journal of Psychology* 25:13-31.

de Girolamo, G. and A. McFarlane. (No date). Epidemiology of post-traumatic stress disorders: a comprehensive review of the literature. Unpublished paper.

de Girolamo, G., Diekstra, R., and C. Williams. 1989. Report of a Visit to Border *Encampments on the Kampuchea-Thailand Border.* Geneva: World Health Organization: MNH/PSF/90.1.

Demographic and Health Survey (DHS Colombia). 1991. Colombia: Encuestra de Prevalencia Demographia y Salud. Columbia, MD: Institute for Resource Development.

Dennerstein, L., Astbury, J., and C. Morse. 1993. *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women 's Health.* Geneva: World Health Organization.

Desjarlais, R. 1992. *Body and Emotion: The Aesthetics of Illness and Healing in the Nepal Himalayas.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Dhadphale, M. and O.E. Omolo. 1988. Psychiatric morbidity among khat chewers. *East African Medical Journal* 65:355-359.

Di Franza, J.R., Richards, J.W., Paulman, P.M., et al. 1991. RJR Nabisco's cartoon camel promotes camel cigarettes to children. *Journal of the American Medical Association* 266:3149-3153.

Diekstra, R.F.W. 1993. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 371(supplement):9-20.

Diekstra, R.F.W. and W. Gulbinat. 1993. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *World Health Statistical Quarterly* 46:52-68.

Dobbing, J ., ed. 1987. *Early Nutrition and Later Achievement.* London: Academic Press.

Dohrenwend, B., Levav, I., et al. 1992. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. Science 255:946-951.

Dorwart, R.A. 1993. Balance in organizing and financing of mental health services: perspectives from developed and developing countries. Working paper, International Mental and Behavioral Health, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Dowdall, T. 1992. Torture and the helping professions in South Africa. In *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches,* edited by M. Basoglu, pp. 452-471. Cam- bridge: Cambridge University Press.

Doyal, L. 1979. *The Political Economy of Health.* London: Pluto Press.

Dreze, J. and A. Sen. 1991. *Hunger and Public Action.* New York: Oxford University Press.

Duncan, A.A. 1990. Women in the non-formal economic sector in Pakistan. In *Women in Health and Development: Report of the International Seminar at The Aga*

Khan University, edited by K.Y. Qureshi and A.F. Qureshi, pp. 49-56. New York: UNICEF and Norad.

Durkheim, E. 1951 [1897]. *Suicide: A Study in Sociology*, translated by J.A. Spaulding and G. Simpson, ed. Glencoe, IL: Free Press.

Durning, A. 1991. Asking how much is enough. In *State of the World* 1991, A World- watch Institute Report, Washington, DC, pp. 153-169. New York: Norton.

Earls, F. 1985. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents. In *Psychiatry*, Volume 3, edited by J.O. Cavenar, Chapter 12. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

______.1991. A developmental approach to understanding and controlling violence. *Theory and Research in Behavioral Pediatrics*, Volume 5, edited by H.E. Fitzgerald et al., pp. 61-88. New York: Plenum Press.

Earls, F., Slaby, R., Spirito, A., et al. 1992. Prevention of violence and injuries due to violence. *Morbidity and Mortality Weekly* Report 41 :5-7.

Earls, F., Cairns, R., and J. Mercy. 1993. The control of violence and the promotion of nonviolence in adolescents. *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the 21st Century*, edited by S. Millstein, A. Petersen, and E. Nightingale, pp. 285-304. New York: Oxford University Press.

Ebie, J.C. and A.O. Pela. 1982. Drug abuse in Nigeria: a review of epidemiological studies. *Bulletin on Narcotics* 34:91-99.

The Economist. 1992. Sri Lanka's other killing ground. Nov. 28, p. 38.

_____ .1993. Third-world finance: new ways to grow. Sept. 25, 1993, pp. 5-44.

Edwards, G. and A. Arif. 1981. *Drug Problems in the Socio-Cultural Context: A Basis for Policy and Programme Planning*. Geneva: World Health Organization.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., et al. Alcohol and the public good. New York: Oxford University Press. Forthcoming.

Eferakeya, A.E. 1984. Drugs and suicide attempts in Benin City, Nigeria. *British Journal of Psychiatry* 145:70-73.

Egli, E.A., Shiota, N.K., Ben-Porath, Y.S., and J.N. Butcher. 1991. Psychological interventions. In *Mental Health Services for Refugees*, U .S. Dept. of Health and Human Services, pp. 157-188. Maryland: NIMH.

Eisenberg, L. 1986a. Does bad news about suicide beget bad news? (Editorial). *New England Journal of Medicine* 315(11):705-707.

_____.1986b. Mindlessness and brainlessness in psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 148:497-508.

_____.1989. Health education and the AIDS epidemic. *British Journal of Psychiatry*.

______.1990. Benefits and risks of biological paradigms for psychiatry. In *Psychiatry; A World Perspective*, Volume 2, edited by C.N. Stefanis, pp. 3-9. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

_____.1992. Treating depression and anxiety in primary care. *New England Journal of Medicine* 326:1080-1084.

Eisenberg, L. and F.J. Earls. 1975. Poverty, social depreciation and child development. In *American Handbook of Psychiatry*, edited by D.A. Hamburg, pp. 275-291. New York: Basic Books.

Eisenbruch, M. 1990-. The cultural bereavement interview: a new clinical research approach for refugees. *Psychiatric Clinics of North America* 13:715-737.

_____.1990b. Cultural bereavement and homesickness. In *On the Move; The Psychology of Change and Transition*, edited by S. Fisher and C.L. Cooper, pp. 191-205. Chichester: Wiley.

______.1992. Toward a culturally sensitive DSM: cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180:8-10.

Ellenberg, J.H., Hirtz, D.G., and K.B. Nelson. 1986. Do seizures in children cause intellectual deterioration? *New England Journal of Medicine* 314: 1085-1088.

Elson, D. 1992. From survival strategies to transformation strategies. In *Unequal Burden; Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work*, edited by L. Beneria and S. Feldman, pp. 26-48. Boulder, CO: Westview Press, Inc.

Engels, F. 1969 [1854]. *The Condition of the Working Class in England.* Grenada, London

Ennew, I. 1981. Debt Bondage :*A Survey*. London: Anti-Slavery Society.

Ennew, I. and M. Brian. 1989. *The Next Generation: Lives of Third World Children*. London: Zed Books.

Estroff, S.E. 1981. Making It Crazy: *An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press. (2nd edition, 1985).

_____.1989. Self, identity , and subjective experience of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophrenia Bulletin* 15:189-196.

Fairley, M., Langeluddecke, P ., and C. Tennant. 1986. Psychological and physical morbidity in the aftermath of a cyclone. *Psychological Medicine* 16:671-676.

Fang, Y. 1987. The status and role of the Chinese elderly in families and society. In Aging China: *Family, Economics and Government Policies in Transition*, edited by I. Schultz and D. Davis-Friedman, pp. 36-46. Proceedings of the International Forum on Aging, Beijing, China, May 20-23, 1986, the Gerontological Society of America, Washington, DC (out of print).

Farias, P. 1991. Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15:167-192.

Faveau, V. and T. Blanchet. 1989. Deaths from injuries and induced abortion among rural Bangladeshi women. *Social Science and Medicine* 29:1121-1127.

Feachem, R.G.A., Phillips, M.A., and R.A. Bulato. 1992. Introducing adult health. In *The Health of Adults in the Developing World*, edited by R.G.A. Feachem, T. Kjellstrom, C.J.L. Murray, M. Over, and M.A. Phillips, pp. 1-22. New York: Oxford University Press.

Feksi, A.T., Kaamugisha, J., Sander, J.W.A S., Gatti, S.,and S.D. Shorvon 1991. Com- prehensive primary health care antiepileptic drug treatment programmes in rural and semi- urban Kenya. *The Lancet* 337:406-409.

Finau, S. and P. Lasalo. 1985. Suicide and parasuicide in Paradise. *New Zealand Family Physician* 12:101-104.

Finkler, K. 1985. Symptomatic differences between the sexes in rural Mexico. *Culture, Medicine and Psychiatry* 9:27-57.

_____.1993. Gender, violence and sickness in Mexico. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Fishbain, D.A. and T.E. Aldrich. 1985. Suicide pacts: international comparisons. *Journal of Clinical Psychiatry* 46:11-15.

Fiske, A.P. 1990. Relativity within Moose ("Mossi") culture: four incommensurable models for social relationships. *Ethos* 18:180-204.

Fortuin, M., Chotard, J., Jack, A.D., et al. 1993. Efficacy of hepatitis B vaccine in the Gambian expanded program on immunization. *The Lancet* 341:1129-1131.

Foster, D. 1987. *Detention and Torture in South Africa*. Capetown: David Philip.

Franke, R.W. and B.N. Chasin. 1992. Kerala State, India: radical reform as development. *International Journal of Health Services* 22:139-156.

Fransen, V ., ed. 1990. *Mental Health Services in the United States and England: Struggling for Change.* Selected papers prepared for the joint United States-England Conference on Mental Health Services, Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.

Freed, G.L., Bordley, W.C., and G.H. DeFriese. 1993. Childhood immunization pro- grams: an analysis of policy issues. *Milbank Quarterly* 71:65-96.

Frenk, I. 1992. The health-care transition. Unpublished manuscript.

_____.1993a. The new public health. *Annual Review of Public Health* 14:469-490.

______.1993b. Balancing relevance and excellence: organizational responses to link research with decision-making. *Social Science and Medicine* 35:1397-1404.

Freud, A. and D.T. Burlingham. 1943. *War and Children.* New York: Ernst Willard.

Freud, S. 1917. Mourning and melancholia. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works,* edited by I. Strachey, Volume 14, pp. 243-258. London: Hogarth Press.

Ganesvaran, T., Subramaniam, S., and K. Mahadevan. 1984. Suicide in a northern town of Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 69:420-425.

Ganesvaran, T. and R. Rajarajeswaran. 1988. Fatal deliberate self-harm seen in a Sri Lankan hospital. *British Journal of Psychiatry* 152:420-423.

Gargan, E. 1992. Bound to looms by poverty and fear, boys in India make a few men rich. *The New York Times* (International Edition), July 9, A8.

Garrison, C.Z., Addy, C.L., lackson, K.L., McKeown, R.E., and I.L. Waller. 1991. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 30:597-603.

Gater R., Almeida, E., Sousa B.D., Barrientos G., et al. 1991. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine* 21:761-774.

George, T. and S.K. Pandya. 1993. The World Development Report 1993: An unhealthy prescription. *Medicine and Society* 6:279-282.

Gibson, M. 1992. Public health and social policy. In *Family Support for the Elderly: The International Experience,* edited by H. Kendig, A. Hashimoto, and L. Coppard, pp. 88-111. Oxford: Oxford University Press.

Giel, R., de Arango, M.V., Climent, C.E., et al. 1981. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 68:677-683.

Gilmartin, C. 1990. Violence against women in contemporary China. In *Violence in China: Essays in Culture and Counterculture*, edited by J. Lipman and S. Harrell, pp. 203-225. New York: State University of New York Press.

Gimlette, J.D. and H.W. Thomsen. 1939. *A Dictionary of Malayan Medicine*. Singapore: Oxford University Press.

Glatt, K.M. 1987. Helpline: suicide prevention at a suicide site. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 17(4):299-309.

Gleick, P.H. 1989. The implications of global changes for international security. *climatic Change* 15:309-325.

Glickman, T ., Golding, D., and E. Silverman. 1992. *Acts of God and Acts of Man: Recent Trends in Natural Disasters and Major Industrial Accidents*. Washington, DC: Center for Risk Management.

Godfrey, N. and A. Kalache. 1989. Health needs of older adults displaced to Sudan by war and famine: questioning current targetting practices in health relief. *Social Science and Medicine* 28:707-713.

Goffman, I. 1961. *Asylums*. Chicago: Aldine.

Goldacre, M., Seagroatt, V., and K. i::lawton. 1993. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *The Lancet* 342:283-286.

Goldberg, D. and P. Huxley. 1992. *Common Mental Disorders: A Biosocial Model*. London, Routledge.

Goldstein, M.C. and C.M. Beall. 1981. Modernization and aging in the third and fourth world: views from the rural hinterland in Nepal. *Human Organization* 40(1):48-55.

Good, B. and M-J.D. Good. 1982. Toward a meaning centered analysis of popular illness categories: "fright illness" and "heart distress" in Iran. In Cultural *Conceptions of Mental Health and Therapy*, edited by A. Marsella and G. White, pp.141-166. Dordtrecht: Reidel.

Good, M-J.D. 1992a. Local knowledge: research capacity building in international health. Social *Science and Medicine* 35:1359-1368.

_____.1992b. Work as a haven from pain. In *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, edited by M-J.D. Good, P. Brodwin, B. Good, and A. Kleinman, pp. 49-76. Berkeley: University of California Press.

Gossop, M. 1989. The detoxification of high dose heroin addicts in Pakistan. *Drug and Alcohol Dependence* 24:143-150.

Gould, M.S. and D. Shaffer. 1986. The impact of suicide in television movies: evidence of imitation. *New England Journal of Medicine* 315(11):690-694.

Gould, M.S., Wallenstein, S., Kleinman, M.H., O'Carroll, P., and J. Mercy. 1990. suicide clusters: an examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health* 80:211-212.

Government of India. 1984. *National Mental Health Plan for Bangladesh.*

Graham, P. 1981. Epidemiological approaches to child mental health care in developing countries. In *Psychopathology of Children and Youth: A Cross-cultural Perspective,* edited by E.F. Purcell, pp. 28-45. New York: Josiah Macy, Jr., Foundation.

Grantham-McGregor, S.M., Powell, C.A., Walker, S.P., et al. 1991. Nutritional supplementation, psychosocial stimulation and mental development of stunted children: the Jamaican study. *The Lancet* ?38: 1-5.

Greenberg, P., Stiglin, L., Finkelstein, S., et al. 1993. Depression: a neglected major illness. *Journal of Clinical Psychiatry* 54:419-424.

Greenough, P. 1993. Intimidation, resistance and coercion in the final stages of the South Asian smallpox eradication campaign, 1973-75. Workshop on Global Immunization and Culture. Iowa City, University of Iowa, unpublished manuscript.

Grimes, D.A. 1992. The safety of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 166:1950-1954.

Gruber, A.R. 1978. *Children in Foster Care.* New York: Human Sciences Press.

Gruenberg, E.M. 1967. The social breakdown syndrome: some origins. *American Journal of Psychiatry* 123:1481-1489.

Guarnaccia, P.J., Canino; G., Rubio-Stipec, M., and M. Bravo. 1993. The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rico disaster study: the role of culture in psychiatric epidemiology. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 181:157-165.

Guinness, E.A. 1992. Lecture at Annual Meeting of Royal College of Psychiatrists, London.

Gureje, O. and D. Olley. 1992. Alcohol and drug abuse in Nigeria; a review of the literature. *Contemporary Drug Problems* (Fall);491-504.

Gureje, O., Obikoya, B., Ikuesan, B.A. 1992. Prevalence of specific psychiatric disorders in an urban primary care setting. *East African Medical Journal* 69;282-287 .

Guze, S.B. and E. Robins. 1970. Suicide among primary affective disorder. *British Journal of Psychiatry* 117;437-438.

Hall, L.A., Williams, C.A., and R.S. Greenberg. 1985. Supports, stressors, and depressive symptoms in low-income mothers of young children. *American Journal of Public Health* 75;518-522.

Handwerker, W.P. 1991. Gender power difference may be STD risk factors for the next generation. Paper presented at the 90th Annual Meeting of the American Anthropological Association, Chicago, Illinois.

Handwerker, P. 1993. Power, gender violence, and high risk sexual behavior; *AIDS/STD* risk factors need to be defined more broadly. Department of Anthropology, Humboldt State University, Arcata California (private communication cited in L. Heise, 1993).

Hankinson, S.B., Hunter, *D.I.*, Colditz, G.A., et al. 1993. Tubal ligation, hysterectomy and risk of ovarian cancer. *Journal of the American Medical Association* 270;2813-2818.

Harding, T .W .et al. 1980. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychosocial Medicine* 10;231-241.

Harding, T .W ., Bushnello, B.D., Climent, C.B., Diop, M., El-Hakim, A., Giel, R., Ibrahim, H., Landrido-Ignacio, L., and N. Wig. 1983. The W.H.O. collaborative study on strategies for extending mental health care III; evaluative design arid illustrative results. *American Journal of Psychiatry* 140;1481-1485.

Harding, C.M., Zubin, I., and I.S. Strauss. 1987. Chronicity in schizophrenia; fact, partial fact, or artifact? *Hospital and Community Psychiatry* 38;477-486.

Harff, B. and T.R. GUff. 1987. Genocides and politicides since 1945; evidence and anticipation. In *Internet on the Holocaust and Genocide,* Jerusalem; Institute of the International Conference on the Holocaust and Genocide. Special Issue 13.

Harpham, T. 1992. Urbanisation and mental disorder. *Principles of Social Psychiatry,* edited by D. Bhugra and I. Leff, pp. 346-354. New York; Blackwell.

Harpham, T., Lusty, T., and P. Vaughan. 1988. *In the Shadow of the City: Community Health and the Urban Poor.* Oxford; Oxford University Press.

Hazarika, S. 1993. Bangladesh faces dispute on floods. *The New York Times,* August 1, A7.

Head, I.1989. South-North dangers. *Foreign Affairs* 68(3):71-86.

Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E., and P. O'Hafe, eds. 1993. *Psychoactive Drugs and Harm Reduction.* London: Whurr Publishers,

Heggenhougen, H.K. 1979. Modernization, drug addiction and traditional palliatives. Paper presented to the Ninth Annual Conference of the Canadian Council for Southeast Asian Studies, Vancouver, November 8-11.

_____.1984. Traditional medicine and the treatment of drug addicts: three examples from Southeast Asia. *Medical Anthropology Quarterly* 16:3-7. .

Heise, L. 1993. Violence against women: the missing agenda. In *The Health of Women: A Global Perspective,* edited by M. Koblinsky, J. Timyan, and J. Gay, pp. 171-195. Boulder, CO: Westview Press, Inc.

Helman, G. and S. Ratner. 1992/93. Saving failed states. *Foreign Policy* 89:3-20. Henderson, A.S. 1993. *Dementia: A World Mental Health Situation Report.* Geneva,

Division of Mental Health, World Health Organization.

Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Isomets?, Kuoppasalmi, K.I., and J.K. Lonnqvist. 1993. Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry* 150:935-940.

Hetzel, B.S. 1983. Iodine deficiency disorders (IDD) and their eradication. *The Lancet* ii:1126-1129.

Hezel, F.X. 1984. Cultural patterns in Trukese suicide. *Ethnology* 23:193-206.

Hieu, D.T., Tan, T.T., Tan, D.N., et al. 1993.31,781 cases of non-surgical female sterilization with quinacrine pellets in Vietnam. *The Lancet* 342:213-217.

Hinton, L.W., Chen, Y-C.J., Du, N., Tran, C.G., Lu, P.G., Miranda, J., and S. Faust. 1993. DSM-III-R disorders in Vietnamese refugees: prevalence and correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 181: 113-122.

Hobcraft, J. 1993. Women's education, child welfare and child survival. Health *Transition Review* 3:159-175.

Hodge-McCoid, C.H. 1989. Dowry deaths in India: a materialist analysis. Women in International Development, Working paper #188, Michigan State University.

Hollifield, M., Katon, W ., Spain, D., and L. Pule. 1990. Anxiety and depression in a village in Lesotho, Africa: a comparison with the United States. *British Journal of Psychiatry* 156:343-350.

Homer-Dixion, *T.P.* 1991. On the threshold: environmental changes as causes of acute conflict. *International Security* 6(2):76-116.

Hopper, K. 1991. Some old questions for the new cross-cultural psychiatry. Medical *Anthropology Quarterly* 5:299-330.

Hornblower, M. 1993. *Time* magazine, June 21,1993, p. 44-45.

Hull, T. 1990. Recent trends in sex ratios at birth in China. *Population and Development Review* 16:63-83.

Iacoponi, E., Laranjeira, R.R., and J. Mari. 1991. Brazil: a giant worker wakes up to progress and inequality. In *Mental Health Services in the Global Village, edited by* L. Appleby and R. Araya, pp. 131-148. London: Gaskell.

Ikels, C. 1993. The experience of dementia in China. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Inciardi, J .A. 1987. Beyond cocaine: basuco, crack, and other coca products. *Contemporary Drug Problems* (Pall):461-492.

India Today. 1990. Organ bazaar: health. July 30, pp. 30-37.

Indian Council of Medical Research. 1986. Ansari nagar, New Delhi, India.

Institute of Medicine. 1985. *Preventing Low Birth Weight.* Washington, DC: National Academy Press-

______.1994. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research.* Washington, DC: National Academy Press-

______.Forthcoming. In *Her Lifetime: Female Morbidity and Mortality in Sub-Saharan Africa.* Edited by C. Howson, D. Hotra, and M. Law. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press.

International Labor Office. 1991. Child labor: law and practice. *Conditions of Work Digest* 10(1). Geneva..

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 1993. *World Disasters Report* 1993. Dordrecht: Martinus Nijhoff.

Isaac, M.K. 1987. Collaborative Study on *Severe Mental Morbidity.* New Delhi, Indian Council of Medical Research and Department of Science and Technology.

Jablensky, A. 1993. Schizophrenia in the third world: an epidemiological perspective. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Jablensky, A., Marsella, A., Ekblad, S., Levi, L., and B. Jansson. 1992a. The International Conference on the Mental Health and Wellbeing of the World's Refugees and Displaced Persons, Stockholm, Sweden, October 6-11, 1991. *Journal of Refugee Studies* 5(2):172-183.

Jablensky, A., Sartorius, N., Emberg, G., et al. 1992b. *Schizophrenia: Manifestations, Incidence and Course in Different Cultures.* A World Health Organization ten-country study. Psychological Medicine Monograph Supplement 20. Cambridge: Cambridge University Press.

Jacobson, J. 1989. Abandoning homelands. *State of the World* 1993. New York: Norton. .1993. Women ' s health: the price of poverty. In *The Health of Women: A Global Perspective,* edited by M. Koblinsky, J. Timyan, and J. Gay, pp. 3-32. Boulder, CO: Westview Press.

Jamison, D.T. and W.H. Mosley. 1991. Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change. *American Journal of Public Health* 81:15-22.

Jareg, E. 1987. *Psychosocial Factors in Relief Work During Famine and Rehabilitation.* Oslo: Redd Bama.

Jaz, I., Alamgir, M., and T. Panuccio. 1992. *The State of World Rural Poverty: An Inquiry into Its Causes and Consequences.* New York: International Fund for Agricultural Development.

Jeffery, R., Jeffery, P., and A. Lyon. 1984. Female infanticide and amniocentesis. *Social Science and Medicine* 19:1207-1212.

Jenkins, J.H. 1991. The state construction of affect: political ethos and mental health among Salvadoran refugees. *Culture} Medicine and Psychiatry* 15:134-165.

______.1993. Anthropology, expressed emotion, and schizophrenia. Ethos 19:387-431. Jenkins, J.H. and M. Valiente. Forthcoming. Bodily transactions of the passions: El calor (the heat) among Salvadoran women. In *The Body as Existential Ground: Studies in Culture, Self,* and Experience, edited by T.J. Csordas. Cambridge: Cambridge University Press.

Jilek, W. 1974. *Indian Healing.* Surrey: Hancock House.

Jilek-Aall, L. and H. T .Rwiza. 1992. Prognosis of epilepsy in a rural African community: a 30-year follow-up of 164 patients in an outpatient clinic in rural Tanzania. *Epilepsia* 33(4):645-650.

Jliovici, J. 1990. Contribution of social security to the well-being of the elderly. In *Improving the Health of Older People: A World View,* edited by R.L. Kane, J.G. Evans, and D. Macfedyen, pp. 659-666. Oxford: Oxford University Press.

Joffe, R.T., Offord, D.R., and M.H. Boyle. 1988. Ontario Child Health Study: suicidal behavior in youth age 12-16 years. *American Journal of Psychiatry* 145(11): 1420-1423.

Johnson, P.L. 1981. When dying is better than living: female suicide among the Gainj of Papua New Guinea. *Ethnology* 20:325-334.

Johnson, C.L., Rifkind, B.M., Sempos, C.T., et al. 1993. Declining serum cholesterol levels among U.S. adults. *Journal of the American Medical Association* 269:3002-3008.

Jolly, R. 1988. A UNICEF perspective on the effects of economic crises and what can be done. *Health, Nutrition, and Economic Crises: Approaches to Policy in the Third World,* edited by D. Bell and M. Reich, pp. 81-101. Dover, MA: Auburn House.

Jonas, K. 1992. Modelling and suicide: a test of the Werther Effect. *British Journal of Social Psychology* 31 (part 4):295-306.

Jones, C. and M. Kiguel. 1994. *Adjustment in Africa.* Washington, DC: World Bank.

Jones, K. and D.W. Smith. 1973. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *The Lancet* ii:999-1001.

Joseph, A. 1991. Political partics and "sati." *Economic and Political Weekly* (April 20):1025-1026.

Kaaya, S.F. and M. T. Leshabari. 1993. Depressive illness and primary care in developing countries. Unpublished manuscript. University of Dar es Salaam, Tanzania.

Kalix, P. 1987. Khat: scientific know ledge and policy issues. *British Journal of Addiction* 82:47.

Kanaaneh, M. and M. Netland. 1992. *Children and Political Violence.* Jerusalem: Early Childhood Resource Centre.

Kanji, N. 1990. War and children in Mozambique: is international aid strengthening or eroding community-based policies? *Community Development Journal* 25: 102-112.

Kapferer, B. 1983. *A Celebration of Demons: Exorcism and the Aesthetics of Healing in Sri Lanka.* Bloomington: Indiana University Press.

Katon, W., Yon Korff, M., Lin, E., Bush, T., and J. Ormel. 1992. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Medical Care* 30:67-96.

Katz, G. 1982. The attitudes and feelings of South African former detainees during their detention. Unpublished B.A. Honors thesis, University of the Witwatersrand.

Katzman, R. 1993. Education and the prevalence of Alzheimer's disease. *Neurology* 43:13-20.

Kearney, R.N. and B.D. Miller. 1985. The spiral of suicide and social change in Sri Lanka. *Journal of Asian Studies* 45:81-101.

Keith, J. 1985. Age in anthropological research. In *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 2nd Edition, edited by R. Binstock and E. Shanas, pp. 91-105. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

Kelkar, G. 1987. Two steps back? New agricultural policies in China and the woman question. In *Structures of Patriarchy: State, Community and Household in Modernising Asia*, edited by B. Agarwal, pp. 121-150. London: Zed Books.

_____.1992. Stopping the violence against women: fifteen years of activism in India. In *Freedom from Violence: Women's Strategies from around the World*, edited by M. Schuler, pp. 75-99. Washington, DC: OEF International.

Kellerman, A.L., Rivara, F.P., Somes, G., Re ay, D.T., Francisco, J., Banton, J.G., Prodzinski, J., Fligner, C., and B.B. Hackman. 1992. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine* 327(7):467-472.

Kendig, H., Hashimoto, A. and L. Coppard. 1991. *Family Support for the Elderly*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press. .

Kennedy, J.G. 1987. The *Flower of Paradise-The Institutionalized Use of the Drug Qat in North Yemen*. Dordrecht: D . Reidel.

Khan, E.U. 1993. *Report Given to UN Working Group on Contemporary Forms of Slavery*.

Khanna, J., Van Look, P.F.A. and P.D. Griffin, eds. 1992. *Reproductive Health: A Key to a Brighter Future: Biennial Report 1990-1991*. Geneva: World Health Organization.

Kilonzo, G .P .1993. Development of mental health services in Tanzania. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Kinsella, K.G. 1992. Population aging in Africa-the case of Zimbabwe. In *Changing Population Age Structures: Demographic and Economic Consequences and Implications*, pp. 391-398. Geneva: United Nations Population Fund.

_____.1988. *Aging in the Third World*. International Population Report Series No.79. Washington, DC: U.S. Bureau of the Census, Center for International Research.

Kinzie, J.D., Fredrickson, R.B., Ben, R., Fleck, J., and W. Karls. 1984. Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry* 141:645-650.

Kinzie, J.D. etal. 1986. The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 25:370-376.

Kinzie, J.D. et al. 1990. The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry* 147:913-917.

Kinzie, J.D. and W. Sack. 1991. Severely traumatized Cambodian children: research findings and clinical implications. In *Refugee Children: Theory, Research, and Services*, edited by F.L. Ahearn and J.L. Athey, pp. 92-105. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Kjelestrom, T., Koplan, J.P. and R.B. Rothenberg. 1992. Current and future determinants of adult health. In *The Health of Adults in the Developing World*, edited by R.G.A. Feachem, T. Kjellstrom, C.J.L. Murray, M. Over, and M.A. Phillips, Chapter 5, pp. 209-260. New York: Oxford University Press.

Klaus, M.H., Kennell, J.H., Robertson, S.S., et al. 1986. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Medical Journal* 293:585-587.

Kleinman, A. 1977. Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry . *Social Science and Medicine* 11:3-10.

_____.1980. *Patients and Healers in the Context of Culture.* Berkeley: University of California Press.

_____.1988. Rethinking *Psychiatry: From Culture Category to Personal Experience.* New York: The Free Press.

Kleinman, A. and L.H. Song. 1979. Why do indigenous practitioners successfully heal?: a follow-up study of indigenous practice in Taiwan. Social *Science and Medicine* 130:7-26.

Kleinman, A. and J. Gale. 1982. Patients treated by physicians and folk healers: a comparative outcome study in Taiwan. *Culture, Medicine and Psychiatry* 6:405-423.

Kleinman, A. and B. Good. 1985. *Culture and Depression. Berkeley:* University of California Press.

Kleinman, A. and J. Kleinman. 1991. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15:275-301.

Kleinman, A., Wang, W., Li, S., Cheng, X., Dai, X., Li, K. and J. Kleinman. Forthcoming. The social course of epilepsy: chronic illness as social experience in interior China. In *Social Science and Medicine.*

Klemlan, G.L. 1987. Clinical epidemiology of suicide. *Journal of Clinical Psychiatry* 48 (supplement):33-38.

Koblinsky, M., Trimyan, J., and J. Gay, eds. 1993. *The Health of Women: A Global Perspective. Boulder*, CO: Westview Press, Inc.

Koss, M.P. 1990. The women's mental health research agenda. *American Psychologist* 45:374-379.

Koumare, B., Coudray, J.P., and E. Miquel-Garcia. 1992. L'assistance psychiatrique au Mali. A propos du placement des patients psychiatriques aupres des tradipaticiens. *Psychopathologie africaine* 24: 135-148.

Kramer, M. 1989. Barriers to prevention. In *Epidemiology and the Prevention of Mental Disorders,* edited by B. Cooper and T. Helgason, pp. 30-55. London: Routledge.

Kraus, R.F. and P.A. Huffier. 1979. Sociocultural stress and the American native in Alaska: an analysis of changing patterns of psychiatric illness and alcohol abuse among Alaska natives. *Culture, Medicine and Psychiatry* 3:111-151.

Kreitman, N. and S. Platt. 1984. Suicide, unemployment, and domestic gas detoxification in Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health* 38: 1-6.

Kristof, N.D. 1993a. China's crackdown on births: a stunning, and harsh, success. The New York *Times, Sunday, Apri125,* 1:12.

_____.1993b. Peasants of China discover new way to weed out girls. *The New York Times, July* 23, A1.

Kroll, J. et al. 1989. Depression and posttraumatic stress disorder in Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry* 146: 1592-1597.

Kua, E.H. and S.M. Ko. 1991. Family violence and Asian drinkers. *Forensic Science International* 50:43-46.

Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J.M., et al. 1992. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry* 49:769-773.

Kusnetzoff, J.C. 1986. Renegacion, desmentida, desaparicion y percepticido como technicas psicopaticas de la salvacion de la patria (Una vision psicoanalitica del infomle de la Conadep). In *Argentina Psicoanalisis Represion Politica,* edited by O. Abudara et al., pp. 95-114. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.

Kutzner, P. 1991. *World Hunger: A Reference Handbook.* Santa Barbara, CA: ABC- CLIO.

Lai, C- W ., Huang, X., Lai, Y. H.C., et al. 1990. Survey of public awareness, understanding, and attitudes toward epilepsy in Henan Province, China. *Epilepsia* 31 (2): 182-187.

The Lancet. 1981. Asian rickets in Britain (Editorial). 2:402.

_______.1992. Guinea worm: good news from Ghana (Editorial). 340:1322-1323. Larrain, S. 1993. Estudio de frecuencia de la violencea intrafamiliar y la condicion de la mujer en Chile. Santiago, Chile: Pan American Health Organization.

Lee-Wright, P. 1990. *Child Slaves.* London: Earthscan Publications.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., et al. 1985. A controlled trial of intervention in the families of schizophrenic patients: a two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 146:594-600.

Leff, J., Wig, N., Bedi, H., et al. 1990. Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh: a two-year follow-up of a first-contact sample. *British Journal of Psychiatry* 156:351-356.

Leidig, M. W .1992. The continuum of violence against women: psychological and physical consequences. *Journal of American College Health* 40:149-155.

Leighton, A.H., Lambo, T.A., Hughes, C.C., Leighton, D.C., Murphy, J.M., and D.B. Macklin. 1963. *Psychiatric Disorders among the Yoruba: A Report of the Cornell-Aro Mental Health Project in the Western Region, Nigeria.* Ithaca: Cornell University Press.

Leon, C. 1987. Observing violence: the case of Colombia. Presented as the Simon Bolivar Lecture to the 140th Meeting of the American Psychiatric Association. Chicago, May 13.

Leslie, J. 1991. Women's nutrition: the key to improving family health in developing countries. *Health Policy and Planning* 6:1-19.

Lester, D. 1982. The distribution of sex and age among completed suicides: a cross- national study. *International Journal of Social Psychiatry* 28(4):256-260.

Levav, I., Lima, B.R., Lennon, M.S., Kramer, M., and R. Gonzalez. 1989. Mental health for all in Latin America and the Caribbean: epidemiological basis for action. *Boletin de la Oficina Sanitaria Pan Americana* 107(3):196-219.

LeVine, S. 1993. Women and mental health in the developing world: East Africa. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Levkoff, S.E., Cleary, P.D., Wetle, T. and R.W. Besdine. 1988. Illness behavior in the aged: implications for clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society* 36:622-629.

Levy, B.S. and D.H. Wegman, eds. 1988. *Occupational Health: Recognizing and Pre- venting Work-Related Disease*, 2nd Edition. Boston: Little, Brown, and Company.

Lewis, I.M. 1986. *Religion in Context: Cults and Charisma*. Cambridge: Cambridge University Press.

Liddell, C. 1993. Diversities of childhood in developing countries. Working paper, Inter- national Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Liddell, C., Kemp, J ., and M. Moema. In Press. *The Young Lions-South African Children and Youth in Political Struggle.*

Lima, B.R., Santacruz, H., Lozano, J ., Chavez, H., Samantiego, N ., Pompei, M.S., and S. Pai. 1990. Disasters and mental health: experience in Colombia and Ecuador and its relevance for primary care in mental health in Latin America. *International Journal of Mental Health* 19(2):3-20.

Lima, B.R., Pai, S., Santacruz, H., and J. Lozano. 1991a. Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia. *The Journal of Nervous and Mental Disorders* 179(7):420-427.

Lima, B.R. Pai, S., Caris, L., Haro, J .M., Lima, A.M., Toledo, V ., Lozano, J ., and H. Santacruz. 1991b. Psychiatric disorders in primary health care clinics one year after a major Latin American disaster. *Stress Medicine* 7:25-32.

Lin, T.Y. et al. 1969. Mental disorders in Taiwan, fifteen years later. In *Mental Health Research in Asia and the Pacific*, edited by W. Caudill and T.Y. Lin, pp. 66-91. Honolulu: East-West Center Press.

Lin, T-Y. and D.T.C. Lin. 1982. Alcoholism among the Chinese: further observations of a low risk population. *Culture, Medicine and Psychiatry* 6:109-116.

Lin, T., Chu, H., Rin, H., Hsu, C., Yeh, E.K., and C. Chen. 1989. Effects of social change on mental disorders in Taiwan: observations based on a 15-year follow-up survey of general populations in three communities. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79 (supplement) 348:11-34.

Loftin, C., McDowall, D., Wiersema, B., and T.J. Cottey. 1991. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine* 325(23):1615-1620.

Logue, B.J. 1990. Modernization and the status of the frail elderly: perspectives on continuity and change. *Journal of Cross Cultural Gerontology* 5(4):345-374.

Lorch, D. 1993. After years of ignoring AIDS epidemic, Kenya has finally begun facing up to it. *The New York Times,* December 18, 15.

Lovell, A.M. 1992. Mental and behavioral issues and the immigration of West African women residing in France. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Lozoff, B., Jimenez, E., and A.W. Wolf. 1991. Long-term developmental outcome of children with iron deficiency. *New England Journal of Medicine* 325:689-694.

Lumsden, D.P. 1993. Dams, Displacement, and mindful distress. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Lurie, P ., Bishaw, M., Chesney, M.A., et al. 1994. Ethical, behavioral and social aspects of HIV vaccine trials in developing countries. *Journal of the American Medical Association* 271:295-301.

Lykes, M.B. 1994. Terror, silencing, and children: international, multidisciplinary collaboration with Guatemalan Maya col1lmunities. *Social Science and Medicine* 38:543-552.

Mackwardt, A.M. and L.H. Ochoa. 1993. Population and health data for Latin America. Washington, DC: DHS/Macro International Inc., Pan American Health Organization.

Macphetson, C. and L. Macpherson. 1984. Suicide in Western Samoa: a sociological perspective. In *Culture, Youth and Suicide in the Pacific: Papers from an East-West Conference,* edited by F. Hezel et al., pp. 36-73. Honolulu: University of Hawaii.

Maddox, J. 1993. Social science and the new world order. *Nature* 366:403.

Mahajan, A. 1990. Instigators of wife battering. In *Violence Against Women,* edited by Sushman Sood, pp. 1-10. Jaipur, India: Arihant Publishers.

Maj, M., Starace, F., and N. Sartorius. 1993. *Mental Disorders in HIV-I Infection and AIDS.* Seattle: Hogrefe and Huber Publishers.

Maj, M., Janssen, R., Starace, F., Zaudig, M., Satz, P., Sughondhabirom, B., Luabeya, M., Riedel, R., Ndetei, D., Calil, H., Bing, E., St. Louis, M., and N. Sartorius. 1994a. WHO neuropsychiatric AIDS study, cross-sectional phase I. *Archives of General Psychiatry* 51:39-49.

Maj, M., Satz, P., Janssen, R., Zaudig, M., Starace, F., D'Elia, L., Sughondhabirom, B., Mussa, M., Naber, Ndetei, D., Schulte, G., and N. Sartorius. 1994b. WHO neuropsychiatric AIDS study, cross-sectional phase II. *Archives of General Psychiatry* 51 :51-61.

Makanjuola, R.O.A. 1985. Psychiatric disorders in elderly Nigerians. *Tropical and Geographic Medicine* 37:348-351.

Makosky, V. 1982. Sources of stress: events or conditions? In *Lives in Stress: Women and Depression,* edited by D. Belle, pp. 35-53. Beverly Hills, California: Sage Publications.

Malik, I.A., Bukhtiari, N., Good, M-J.D., et al. 1992. Mothers' fear of child death: a study in urban and rural communities in Northern Punjab, Pakistan. *Social Science and Medicine* 35:1043-1053.

Maniam, T. 1988. Suicide and parasuicide in a hill resort in Malaysia. *British Journal of Psychiatry* 153:222-225.

Mann, J. 1993. Health and human rights. Unpublished. Presented at Children's Hospital, Boston, October 20.

Mann, J., Tarantola, D.J.M., and T.W. Netter. 1992. *AIDS in the World: A Global Report.* Cambridge: Harvard University Press.

Manton, K.G., Dowd, J.E., and M.A. Woodberry. 1986. Conceptual and measurement issues in assessing disability cross-nationally: analysis of a WHO-sponsored survey of the disablement process in Indonesia. *Journal of Cross Cultural Gerontology* 1 :339-362.

Mari, J. 1987. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. *Social Psychiatry* 22:129-138.

Mari, J., Almeida-Filho, N.; Coutinho E., et al. 1993. The epidemiology of psychotropic use in the City of sao Paulo. *Psychological Medicine* 23:467-474.

Marsella, A. 1993. Urbanization and mental disorders. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Martin, L.G. 1988. The aging of Asia. *Journal of Gelontology* 43(4):S99-113.

Martin, L.G. 1990. The status of South Asia's growing elderly population. *Journal of Cross Cultural Gerontology* 5(2):93-117.

Martin-Baro, I. 1989. Political violence and war as causes of psychosocial trauma in El Salvador. *International Journal of Mental Health* 18:3-20.

Marzuk, P.M., Tardiff, K., Leon, A.C., Stajic, M., Morgan, E.B., and J.J. Mann. 1992. Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one-year period. *American Journal of Psychiatry* 149(3):371-375.

Marzuk, P.M., Tiemey, H., Tardiff, K., et al. 1988. Increased risk of suicide in persons with .AIDS. *Journal of the American Medical Association* 259:1333-1337.

Masland, T. 1992. Slavery. *Newsweek* 119(18):30-36.

Mastro, T.D., Satten, G.A., Nopkesorn, T., et al. 1994. Probability of female-to-male transmission of HIV-1 in Thailand. *The Lancet* 343:204-207.

Matsuura, M., Okubo, Y., Kojima, T., Takahashi, R., Wang, Y-F., Shen, Y-C., and C-K. Lee. 1993. A cross-national prevalence study of children with emotional and behavioral problems-a WHO Collaborative Study in the Western Pacific Region. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 34:307-315.

Matuja, W.B.P. 1990. Psychological disturbance in African Tanzanian epileptics. *Tropical and Geographical Medicine* 42:359-364.

Maynes, C.W. 1993. Containing ethnic conflict. *Foreign Policy* 90:3-21. McCallin, M. 1992. The impact of current and traumatic stressors on the psychological well-being of refugee communities. In *The Psychological Well-Being of Refugee Children; Research, Practice and Policy Issues,* edited by M. McCallin, pp. 68-89. Geneva: International Catholic Child Bureau.

McCallin, M. and S. Fozzard. 1990. *The Impact of Traumatic Events on the Psychological Well-Being of Mozambican Refugee Women and Children.* Geneva: International Catholic Child Bureau.

McGlothlin, W .H. 1980. The Singapore heroin control programme. *Bulletin on Narcotics* 32:1-14.

McSpadden, L.A. 1987. Ethiopian refugee resettlement in the western United States: social context and psychological well-being. *International Migration Review* 21:796-819.

Mechanic, D. 1994. Promoting health: implications for modern and developing nations. In *Health and Social Change in International Perspective,* edited by L.C. Chen, A. Klein- man, N. Ware. pp. 471-490. Harvard Series on Population and International Health, Harvard School of Public Health. Cambridge: Harvard University Press.

Meehan, P.J., Saltzman, L.E., and R.W. Sattin. 1991. Suicides among older United States residents: epidemiologic characteristics and trends. *American Journal of Public Health* 81:1198-1200.

Melville, M. and M.B. Lykes. 1992. Guatemalan Indian children and the sociocultural effects of government-sponsored terrorism. *Social Science and Medicine* 34:533-548.

Merchant, K.M. and K.M. Kurtz. 1993. Women's nutrition through the lifecycle: social and biological vulnerabilities. In *The Health of Women: A Global Perspective,* edited by M. Koblinsky, J. Timyan, and J. Gray, pp. 63-90. Boulder, CO: Westview Press, Inc.

Merry, S. 1981. *Urban Danger.* Philadelphia: Temple University Press.

Mobed, K. et. al. 1992. Occupational health problems among migrant and seasonal farm workers. *Western Journal of Medicine* 157:367-373.

Mollica, R.F. 1987. The trauma story: the psychiatric care of refugee survivors of violence and torture. In *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence,* edited by F. Ochberg, pp. 295-314. New York: Brunner/Mazel.

_____.1989. Developing effective mental health policies and services for traumatised refugee patients. In *Crossing Cultures in Mental Health,* edited by D.R. Koslow and E.P. Salett, pp. 101-115. Washington, DC: Sietar International.

Mollica, R.F., Wyshak, G. and I. Lavelle. 1987. The psychological impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry* 144: 1567-1572.

Mollica, R.F. and L. Son. 1989. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: An overview. *Psychiatric Clinics of North America* 12:363-379.

Mollica, R.F., Donelan, K., Tor, S., Lavelle, *I.,* Elias, C., Frankel, M., Bennett, D., and R.I. Blendon. 1991. Repatriation and disability: a community study of health, mental health and social functioning of the Khmer residents of Site Two. A Working Document of the Harvard Program in Refugee Trauma, The Harvard School of Public Health, and the World Federation for Mental Health.

Montagne, M. 1991. Descriptive epidemiology on international cocaine trafficking. In *The Epidemiology of Cocaine Use and Abuse,* edited by S. Schober and C. Schade, NIDA Research Monograph Series No.110, pp. 275-296. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

Montagne, M. and D.M. Scott. 1993. Prevention of substance abuse problems: models, factors and processes. *International Journal of the Addictions* 28: 1177-1208.

Montenegro, H. 1993. Alcohol abuse in Chile. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Moore, E. 1986. Issues in access to health care: the undocumented Mexican resident in Richmond, California. *Medical Anthropology Quarterly* 17(3):65-70.

Moore, L.I. and I.K. Boehnlein. 1991. Posttraumatic stress disorder, depression, and somatic symptoms in U.S. Mien patients. *Journal of Nervous and Mental Disease 179:728. for femicide. Bulletin of Concerned Asian Scholars* 21: 1-11.

Patterson, M.A. 1974. Electro-acupuncture in alcoholism and drug addiction. *Clinical Medicine* 81:9-13.

Pearlin, L.I. and J.S. Johnson. 1977. Marital status, life-strains and.depression. *American Sociological Review* 82:652-663.

Pedersen, D. 1993. Mental health amongst the Indigenous Peoples of Latin America. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., et al. 1992. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from National Vital Statistics. *The Lancet* 339:1268-1278.

Phillips, D.R. 1990. *Health and Healthcare in the Third World.* London: Longman Press. Phillips, M. 1993. The influence of social, political, and economic factors on the evolution of mental health services in China. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Phillips, M., Pearson, V., and R. Wang, eds. 1994. Psychiatric rehabilitation in China: models for change in a changing society. Special issue of *The British Journal of Psychiatry* Suppl. 24, Vol. 165.

Pickens, R.W. and B.W. Fletcher. 1991. Overview of treatment issues. In *Improving Drug Abuse Treatment,* edited by R.W. Pickens, C.G. Leukefeld, and C.R. Schuster, NIDA Reseach Monograph Series No.106, PP. 1-19. Rockviile, MD: Department of Health and Human Services.

Pines, R. 1989. Why do Israelis burn out?-the role of the Intifada. Paper presented at the International Conference on Psychological Stress and Adjustment, Tel Aviv, Israel, January 1989.

Pitchford, R. 1991. India reports 11,000 "dowry deaths" in three years. *Reuter Library Report,* July 31.

Platt, S., Micciolo, R., and M. Tansella, 1992. Suicide and unemployment in Italy: description, analysis and interpretation of recent trends. *Social Science and* Medicine 34:1191-1201.

Pless, I.B. and M.E.J. Wadsworth. 1989. Long-term effects of chronic illness on young adults. In *Caring for Children with Chronic Illness,* edited by R.E.K. Stein, pp. 147-158. New York: Springer.

Pons de O'Neill, D. 1986. Reported in *Network News* 1 (2):6- 7.

Pope, H.G. and D.L. Katz. 1990. Homicide and near homicide by anabolic steroid users. *Clinical Psychiatry* 51 :28-31.

Population Council. 1989. *International Conference on Adolescent Fertility in Latin America and the Caribbean: Overview.* Oaxaca, Mexico.

President's Commission on Organized Crime. 1986. *America's Habit: Drug Abuse, Drug Trafficking and Organized Crime.* Washington, DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.

Preston, J. 1993. For rural women, a millstone of poverty. The Washington Post, February 15, A33.

Price, R. W., Brew, B., Sidtis, J., et al. 1988. The brain in AIDS: central nervous system HIV-I infection and AIDS dementia complex. Science 239:586-592.

Pritchard, C. 1992. Is there a link between suicide in young men and unemployment? A comparison of the UK with other European Community Countries. *British Journal of Psychiatry* 160:750-.,-756.

Punamaki, R-L. 1992. "Natural healing processes" and experiences of political violence. Paper presented at the meeting "Refugee Children Exposed to Violent Environments." Refugee Studies Programme, Oxford, January .

______.1987. Psychological stress of Palestinian mothers and their children in conditions of political violence. *The Quarterly Newsletter of the Laboratory of Comparative Human Cognition* 9:116-119.

Radloff, L. 1975. Sex differences in depression: the effects of occupation and marital status. *Sex Roles: A Journal of Research* 1 :249-266.

Raffaelli, M., Campos, R., Menitt, A.P., et al. 1993. Sexual practices and attitudes of street youth in Belo Horizonte, Brazil. *Social Science and Medicine* 37:661-670.

Rahim, S.I.A. and M. Cederblad. 1984. Effects of rapid urbanization on child behavior in a part of Khartoum, Sudan. *Journal Child Psychology and Psychiatry* 25 (4):629-641.

Raikes, A. 1989. Women's health in East Africa. *Social Science and Medicine* 28:447-459.

______.1990. *Pregnancy, Birthing and Family Planning in Kenya: Changing Patterns of Behavior.* Copenhagen: Centre for Development Research.

Raj-Hashim, R. 1993. Summary of a survey research Malaysia (SRM) study on women and girlfriend battery. Asia-Pacific Resource and Research Centre for Women, Kaula Lumpur, Malaysia.

Ramalingaswami, V. 1973. Endemic goiter in Southeast Asia: new clothes on an old body. *Annals of Internal Medicine* 78:277-283.

Ramirez Rodriguez, L.C., and G. Uribe Vasquez. Forthcoming. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica de Mexico.* Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Publica.

Ramphele, M. 1993. Adolescents and violence in South Africa. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Ravenhill, J. 1990. The North-South balance of power. *International Affairs* 66:731-748.

Ray, R. and K. Chandrashekhar .1982. Detection of alcoholism among psychiatric inpatients. *Indian Journal of Psychiatry* 24:389-394.

Reichenheim, M. 1988. Child health in an urban context: risk factors in a squatter settlement of Rio de Janeiro. Unpublished Ph.D. dissertation, London University .

Rein, M., Nutt, T.E., and H. Weiss. 1974. Fostering family care: myth and reality. In *Children and Decent People,* edited by A. L. Schorr, pp. 24-52. New York: Basic Books.

Ressler, E.M., Booth by, N., and D.J. Steinbock. 1988. *Unaccompanied Children.* New York: Oxford University Press.

Reuter Textline. 1993. *South China Morning Post,* July 12.

Reuters. 1994. 5,000 children slain in Brazil from '88 to '91, rights unit says. *Boston Globe,* February 1, p. 12.

Reynell, J. 1989. *Political Pawns: Refugees on the* Thai-Kampuchean Border. Oxford: Refugee Studies Programme.

Ribadeneira, D. 1993. Guatemala street children in battle for survival. *Boston Globe,* July 25, 10.

Rice, D., Kelman, S., and L.S. Miller. 1992. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports* 106:280-291.

Rich, C.L., Young, D., and R.C. Fowler. 1986. San Diego suicide study. I. Young vs. old subjects. *Archives of General Psychiatry* 43(6):577-582.

Richards, P. 1992. Famine (and war) in Africa. *Anthropology Today* 8:3-5.

Richman, N., Ratilal, A., and A. Aly. 1990a. The Effects of War on Mozambican Children: Preliminary Findings. Maputo: Ministry of Education.

Richman, N., Ratilal, A. and Aly, A. 1990b. The *Effects of War on Teachers in Mozambique: Preliminary Findings.* Maputo, Ministry of Education.

Rimer, Z., Barsi, J., Veg, K., et al. 1990. Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *Journal of Affective Disorders* 20:87-91.

Robb, P. 1981. *Epilepsy: A Manual for Health Workers.* Bethesda, MD: United States Department of Health and Human Services..

Robins, L.N. and D.A. Regier, eds. 1992. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study.* New York: The Free Press.

Rosenfield, A. and D. Maine. 1985. Maternal mortality-a neglected tragedy. Where is the "M" in MCH? *The Lancet* 2(8446):83-85.

Rosenfield, P .L. 1992. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science and Medicine* 35:1343-1358.

Rosenfield, S. 1980. Sex differences in depression: do women always have higher rates? *Journal of Health and Social Behavior* 21:33-42.

Rosenfield, S. 1989. The effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior* 30:70-91.

Rosovsky, H. and J.L. Lopez. 1986. Yiolencia y accidentes relacionados con el consumo de alcohol en la poblacion registrada en una agencia investigadora del Ministerio Salud Pub- lico del D.F. *SaludMental9(3)*:72-76.

Roter, D.L. and J.A. Hall. 1992. *Doctors Talking With Patients/Patients Talking With Doctors: Impriving Communication in Medical Visits.* Westport, CT: Auburn House.

Rotkin, I.D. 1973. A comparison review of key epidemiologic studies in cervical cancer related to current searches for transmissible agents. *Cancer Research* 33: 1353-1367.

Royal College of Physicians. 1987. *The Medical Consequences of Alcohol Abuse: A Great and Growing Evil.* London: Royal College of Physicians.

Rubinstein, D.H. 1983. Epidemic Suicide among Micronesian Adolescents. *Social Science and Medicine* 17:657-665.

_____.1984. Suicide in Micronesia. *Culture, Youth and Suicide in the Pacific: Papers from an East-West Conference,* edited by F.X. Hezel et al., pp. 88-111. Honolulu: University ofHawaii.

Rumbaut, R.G. 1991. The agony of exile: a study of the migration and adaptation of Indochinese refugee adults and children. In *Refugee Children: Theory, Research, and Services,* edited by F.L. Ahearn and J.L. Athey, pp. 53-91. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Russel, D. 1991. Rape and child sexual abuse in Soweto: an interview with community leader Mary Mabaso. Seminar presented at the Centre for African Studies, University of Cape Town, South Africa, March 26.

Rutter, M. et al. Forthcoming. Report on poverty and adolescent health. London: Academia Europaea Study Group.

Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, 0., Yule, W., and M. Berger. 1975. Attainment and adjustment in two geographical areas: m-some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry* 126:520-533.

Rutter, M., Taylor, E... and Hersov, L., eds. 1994. *Child and Adolescent Psychiatry,* 3rd Edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Rutz, W., Yon Knorring, L., and J. Walinder. 1989. Frequency of suicide on Gotland after systematic post-graduate education of general practioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80:151-154.

Sadik, N. 1990. *The State of World Population.* New York: United Nations Population Fund.

_____.1992. Global development challenges: the population dimension. *Change: Threat or Opportunity,* Volume 4, Social Change. Editor Unar Kirdar. UNDP.

Sadowski, L.S., Cairns, R.B., and J.A. Earp. 1989. Firearm ownership among nonurban adolescents. *American Journal of Diseases of Children* 143:1410-1413.

Safa, H.I. and P. Antrobus. 1992. Women and the economic crisis in the Caribbean. In *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work,* edited by L. Beneria and S. Feldman, pp. 49-82. Boulder, CO: Westview Press, Inc.

Saigh, P.A. 1991. The development of post-traumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behavioural Research and Therapy* 29:213-216.
Sainsbury, M.J. 1974. Acupuncture in heroin withdrawal. *Medical Journal of Australia* 2:102-105.

Salimovich, S., Lira, E., and E. Weinstein. 1992. Victims of fear: the social psychology of repression. Fear at the Edge: *State Terror and Resistance in Latin America,* edited by J. Corradi, P .W. Fagen, and M.A. Garreton, pp. 72-89. Berkeley: University of California Press.

Sankar, A. 1990. Gerontological research in China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 4: 199-224.

Santana, V. 1982. Estudo epidemiologico das doencas mentais em urn bario de Salvador . *Serie de Estudoes em Saude* (Secretaria de Satide da Bahia), 3:1-122.

Santiago, D. 1990. The aesthetics of terror, the hermeneutics 'of death. *America,* March 24.

Sartorius, N. 1993. WHO's work on the epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 28: 147-155.

Sartorius, N. and T.W. Harding. 1983. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care. I: The genesis of the study. American *Journal of Psychiatry* 140:1470-1473.

Sartorius, N., de Girolamo, G., Andrews, G., et al., eds. 1993. *Treatment of Mental Disorders: A Review of Effectiveness.* Washington: American Psychiatric Press.

Sartorius, N. and A.S. Henderson. 1992. The neglect of prevention in psychiatry. Australian and *New Zealand Journal of Psychiatry* 26:550-553.

Sartorius, N., Ustun, B., Costa e Silva, j., Goldberg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J., Von Korff, M., and H. Wittchen. 1993. An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the world health organization collaborative project on "Psychological Problems in General Health Care." *Archives of General Psychiatry* 50:819-824.

Save the Children. 1991. *Helping Children in Difficult Circumstances: A Teacher's Manual.* London.

Sawyer, D.R. and D.O. Sawyer. 1992. The malaria transition and the role of social science research. In *Advancing Health in Developing Countries: The Role of Social Research,* edited by L. Chen, A. Kleinman, and N. Ware, pp. 105-122. New York: Auburn House.

Schenker, S. and K.V. Speeg. 1990. Risk of alcohol intake in men and women: all may not be equal. *New England Journal of Medicine* 322:127-129.

Scheper-Hughes, N. 1987. Culture, scarcity and maternal thinking: mother love and child death in northeast Brazil. In *Child Survival*, edited by N. Scheper-Hughes, pp. 187-208. Dordrecht: Reidel.

_____.1992. *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

Schmidtke, A. and H. Hafner. 1988. The Werther Effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychology of Medicine* 18(3):665-676.

Schneidman, E.S. 1993. Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181:145-147.

Schober, S. and C. Schade, eds. 1991. *The Epidemiology of Cocaine Use and Abuse*. NIDA Research Monograph Series No.110. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

Schrijvers, j. 1987. Blueprint for undernourishment: The Mahaweli River development scheme in Sri Lanka. In *Structures of Patriarchy: State, Community and Household in Modernising Asia*, edited by B. Agarwal, pp. 29-51. London: Zed Books.

Scrimshaw, N. 1987. The phenomenon of famine. *Annual Review of Nutrition* 7:1-21.

_____.1991. The consequences of hidden hunger. *Commonweal* 58(5):138-144.

Seager, J. and A. Olson. 1986. *Women in the World: An International Atlas*. London: Pluto Press Limited.

Sen, A. 1981. *Poverty and Famine*. Oxford: Oxford University Press-

_____.1989. Women's survival as a development problem. *Stated Meeting Report of the American Academy of Arts and Sciences* 43(2): 14-29.

_____.1990. More than 100 million women are missing. *New York Review of Books*, December 20,37(26):61-67.

Sen, A. and S. Sengupta. 1983. Malnutrition of rural children and the sex bias. *Economic and Political Weekly*, Annual Number 18.

Sen, B., Nandi, D.N., Mukherjee, S.P., Mishra,D.C., Banerjee, G., and S. Sarkar. 1984. Psychiatric morbidity in an urban slum-dwelling community. *Indian Journal of Psychiatry* 26:185-193.

Senay, E.C. 1991. Drug abuse and public health: a global perspective. *Drug Safety* 6(supplement): 1-65.

Shaffer, D. 1993. Suicide: risk factors and the public health (Editorial). *American Journal of Public Health* 83(2): 171-172.

Shamim, I. 1985. Kidnapped, raped, killed: recent trends in Bangladesh. Paper presented at the International Conference on Families in the Face of Urbanization, New Delhi, December 2-5.

Sharma, M.L. and T.M. Dak. 1987. *Aging in India, Challenge for the Society.* New Delhi: Ajanta Publications.

Sharp, D. 1993. Cancer prevention tomorrow. *The Lancet* 341 :486.

Shaw, J. and J. Harris. 1991. Child victims of terrorism in Mozambique. In *Individual and Community Response to Trauma and Disaster,* edited by R. J. Ursano, B.G. McGaughey, and C. Fullerton, pp. 287-305. England: Cambridge University Press.

Shen, Y. 1981. The psychiatric services in the urban and rural areas of People's Republic of *China. Bulletin of Neuroinformation Laboratory,* Nagasaki University 8:131-137.

Shen, Y. 1987. Recent epidemiological data of alcoholism in China. Chinese Mental Health Journal 1(6):251-252.

Shen, Y., Weixi, Z., Liang, S., Xiaoling, Y., Yuhua, C., Dongfeng, Z., Hengyao, S., and S. Entao. 1981. Investigation of mental disorders in Beijing suburban district. *Chinese Medical Journal* 94: 153-156.

Shen, Y ., Yu-Feng, W ., Xiao-Ling, Y. 1985. An epidemiological investigation of minimal brain dysfunction in six elementary schools in Beijing. *Journal of Child Psychology and psychiatry* 26(5):777-787.

Shen, Y., Weixi, Z., Yuegin, H., et al. 1992. Epidemiological survey on alcohol dependence in population of four occupations in nine cities of China. (1) Methodology and prevalence. *Chinese Mental Health Journal* 6(3): 112-115.

Shetty, K. and G. Nikam. 1993. Hogenakal: the last resort. *India Today,* January 31, p. 13. Shinfuku, N. 1993. Mental health care in the Western Pacific Region. *International Journal of Mental Health,* 22(1):6.

Shisana, O. and D.D. Celentano. 1985. Depressive symptomology among Namibian adolescent refugees. Social Science and Medicine 21:1251-1257.

Shorvon, S.D. and P.J. Farmer. 1988. Epilepsy in developing countries: a review of epidemiologic, sociocultural, and treatment aspects. *Epilepsia 29* (supplement 1) S36-S54.

Shukla, G.D., Verrila, B.L., and D.N. Mishra. 1990. Suicide in Jhansi city. *Indian Journal of Psychiatry* 32(1):45-51.

Silove, D. 1992. Psychotherapy and trauma. *Current Opinion in Psychiatry* 5:370-374. Silva, K. T .and W .D.N .R. Pushpakumara. Forthcoming. Suicide, anomie and powerlessness among the Mahaweli settlers in Sri Lanka. *Journal of Asian Studies.*

Silva, K. T .Forthcoming. Suicide, self -destructive violence and armed conflict in Sri Lanka. *Studies in Conflict and Terrorism.*

Simmons, M. 1993. The sex market: scrounge on the world's children. *The New York Times,* April 9, A3.

Singer, M. 1986. Toward a political-economy of alcoholism: the missing link in the anthropology of drinking. *Social Science and Medicine* 23: 113-130.

Skegg, D.C.G., Corwin; P.A., Paul, C., et al. 1982. Importance of the male factor in cancer of the cervix. *The Lancet* 2:581-583.

Smart, R.G., Mora, M.E., Terroba, G., and V.K. Varma, 1981. Drug use among non-students in three countries. *Drug and Alcohol Dependence* 7(2):125-132.

Smith, D.J. and M. Rutter. 1994. Time trends in psychosocial disorders of youth. Unpublished manuscript..

Solis, V.A.C. and F. Wagner. 1992. Epidemiology of drug abuse in the Mexican Republic: a panoramic comparison with the United States. In *Epidemiological Trends in Drug Abuse,* NIDA, pp. 462-471. Rockville, MD: National Institutes of Health.

Sommer, A., Tarwotjoi, I., Djunaedi, E., et al. 1986. Impact of vitamin A supplementation on child mortality. *The Lancet* 1(8491):1169-1173.

Somnier, F.E. and I.K. Genefke. 1986. Psychotherapy for victims of torture. *British Journal of Psychiatry* 149:323-329.

Sonali, D. 1990. *An Investigation into the Incidence and Causes of Domestic Violence in Sri Lanka.* Colombo, Sri Lanka: Women in Need (WIN).

Soni Raleigh, V. 1993. Suicide and Asian religions (letter). *British Journal of Psychiatry* 162:124.

Sosa, R., Kennell, I., Klaus, M., et al. 1980. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor and mother-infant interaction. *New England Journal of Medicine* 303:597-600.

Stark, E. and A. Flitcraft. 1991. Spouse abuse. In *Violence in America: A Public Health Approach,* edited by M. Rosenberg and M. Fenley, pp.123-157. New York: Oxford University Press.

Stein, Z., Durkin, M., and L. Belmont. 1986. Serious mental retardation in developing countries: an epidemiologic approach. *Annals of the New York Academy of Sciences* 477:8-21.

Stein, R.E.K. and *D.I.J.* Jessop. 1991. Long-term mental health effects of a pediatric home care program. *Pediatrics* 88:490-496.

Stem, Y., Gurland, B., Tatemichi, T.K., et al. 1994. Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association* 271:1004-1010.

Stewart, D. 1989. *The Global Injustice.* Ottawa: Canadian Council on Social Development.

Straker, G. 1988. Post-traumatic stress disorder: A reaction to state supported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect* 12:383-395. .1992. *Faces in the Revolution: The Psychological Effects of Violence on Township Youth in South Africa.* Cape Town: David Philip.

Straus, I.H. and M.A. Straus. 1953. Suicide, homicide, and social structure in Ceylon. *American Journal of Sociology* 63(5):461-469.

Streissguth, A.P., Darby, B.L., Barr, H.M., Smith, *I.R.* and D.C. Martin. 1983. Comparison of drinking and smoking patterns during pregnancy over a six-year interval. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 145(6):716-724.

Suarez-Orozco, M.M. 1990. Speaking of the unspeakable: toward a psychosocial understanding of responses to terror. *Ethos* 18:353-383.

______.1992. A grammar of terror: psychocultural responses to state terrorism in dirty war and post-dirty war Argentina. In *The Paths to Domination, Resistance, and Terror,* edited by C. Nordstroro and J. Martin, pp. 219-259. Berkeley: University' of California Press.

Sugar, J.A., Kleinman, A., and H.K. Heggenhougen. 1991. Development's downside: Social and psychological pathology in countries undergoing social change. *Health Transition Review* 1:211-220.

Sugar, J .A., Kleinman, A., and L. Eisenberg. 1992. Psychiatric morbidity in developing countries and American psychiatry's role in international health. *Hospital and Community Psychiatry* 43:355-360.

Sullivan, K. 1992. Protagonists of change. *Cultural Survival Quarterly 14(4):38-40. Sullivan, M. 1991. Measuring Global Values: The Ranking of 162 Countries.* New York: Greenwood.

Summerfield, D. and L. Toser. 1991. "Low intensity" war and mental trauma in Nicaragua: a study in a rural community. *Medicine and War* 7:84-99.

Suwanwela, C. and V. Poshyachinda. 1980. Primary health care in hill tribe villages. In *Drug Problems in the Socio-cultural Context,* edited by G. Edwards and A. Arif, pp. 183-188. Geneva: World Health Organization.

Suwanwela, C. and V. Poshyachinda. 1986. Drug abuse in Asia. *Bulletin on Narcotics* 38:41-53-.

Taiminen, T., Salmenpera, T., and K. Lehtinen. 1992. A suicide epidemic in a psychiatric hospital. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 22(3):350-363.

Tambiah, S.J. 1993. Friends, neighbors, enemies, strangers: aggressor and victim in civilian ethnic riots. Working paper, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Tameim, O., Abdu, K.M., El Gaddal, A.A., et al. 1985. Protection of Sudaneses irrigation workers from schistosome infection by a shift to earlier working hours. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 88:125-130.

Tan, E-S. and G. Lipton. 1988. *Mental Health Services in the Western Pacific Region. A Report on a Ten-Country Survey.* World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines.

Tao, K.-T. 1988. Mentally retarded persons in the People's Republic of China: review of epidemiological studies and services. *American Journal on Mental Retardation* 93:193-199.

Tatai, K. and K. Tatai. 1991. Suicide in the elderly: a report from Japan. *Crisis* 12(2):40-43.

Taub, B. 1992. Calling the soul back to the heart: soul loss, depression and healing among Indigenous Mexicans. Unpublished Ph.D. dissertation, University of California at Los Angeles.

Taylor, C.E. and W.B. Greenough. 1989. Control of diarrheal diseases. *Annual Review of Public Health* 10:221-244.

Tekle-Haimanot, R., Abebe, M., Forsgren, L., et al. 1991. Attitudes of rural people in Central Ethiopia toward epilepsy. *Social Science and Medicine* 32(2):203-209.

Thompson, R.S., Rivara, F.P., and D.C. Thompson. 1989. A case-control study of the effectiveness of bicycle helmets. *New England Journal of Medicine* 320:1361-1367.

Toft, S., ed. 1986. *Domestic Violence in Papua New Guinea.* Law Reform Commission Occasional Paper No.19, Port Moresby, Papua New Guinea.

Toole, M.j. and R.J. Waldman. 1993. Refugees and displaced persons: war, hunger and public health. *Journal of the American Medical Association* 270:600-605.

Tousignant, M. and B.L. Mishara. 1981. Suicide and culture: a review of the literature (1979-1980). (Overview). *Transcultural Psychiatric Research Review* 18(1):5-32.

Tout, K. 1989. *Ageing in Developing Countries.* Oxford: Oxford University Press. Traskman-Bendz, L., Alling, C., Alsen, M., Regnell, G., Simonsson, P ., and R. Ohman. 1993. The role of monoamines in suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 371 (supplement):45-47.

Tukol, T .K. 1976. *Sallekhand Is Not Suicide.* Ahmedabad: LD Institute of Indology. Turton, R.W., Straker, G., and F. Moosa. 1991. Experiences of violence in the lives of township youths in "unrest" and "normal" conditions. *South African Journal of Psychology* 21:77-84.

Twumasi, p .A. 1987. Ageing and problems of old age in Africa: a study in social change and a model for its solutions. In *Society, Stress and Disease,* edited by L. Levi, Volume 5, pp. 85-93. New York: Oxford University Press.

Tyler, P. 1993. China lacks water to meet its mighty thirst. *The New York Times,* November7,11.

Uemura, K. and Z. Piza. 1988. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Statistical Quarterly* 41:155-178.

Uilrich, H.E. 1987. A study of change and depression among Havik Brahmin women in a South Indian village. *Culture, Medicine and Psychiatry* 11:261-287.

_____.1988. Widows in a South India society: depression as an appropriate response to cultural factors. *Sex Roles* 19:169-188.

United Nations. 1948. Universal Declaration of Human Rights. New York, United Nations, General Assembly, December 10.

_____.1991a. *International Cooperation for the Eradication of Poverty in Developing Countries: Report by the Secretary-General.* Fifty-Sixth session, Agenda item 80.

_____.1991b. *The Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care.* Report of the Third Coln1nittee, Resolution UN/GN46/ 119. New York, United Nations, December 17,1991.

_____.1991c. *The World Ageing Situation.* United Nations Office at Vienna, Centre for Social Development and Humanitarian Affairs.

______.1991d. *The World's Women* 1970-1990: *Trends and Statistics.* New York: United Nations.

UNHCR. 1993. *The State of the World's Refugees* 1993: *The Challenge of Protection*. New York: Penguin.

UNICEF. 1989. *The Invisible Adjustment: Poor Women and the Economic Crisis*. Santiago: Regional Office for the Americas and the Caribbean.

_____.1993. *The State of the World's Children*, 1993. New York: Oxford University Press.

United States Department of Health and Human Services. 1994. *Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Valdez, S. and E. Shrader-Cox. 1991. Estudio Sobre la Incidencia de Violencia Domes- tica en una Microregion de Ciudad Nezahualcoyotl, 1989. Mexico City: Centro de Investiga- cion y Lucha Contra la Violencia Domestica.

Van der Kwaak, A., Van den Engel, M., Richters, A., et al. 1991. Women and health. *Vena Journal* 3:2-33.

Van Winkle, N.W. and P.A May. 1993. An update on American Indian suicide in New Mexico, 1980-1987. *Human Organization* 52(3):304-315.

Verghese, A., Beig, A., Senseman, S.A., Rao, S.S., and V. Benjamin. 1973. A social and psychiatric study of a representative group of families in Vellore town. *Indian Journal of Medical Research* 61:609-620.

Vesti, P., Somnier, F., and M. Kastrup. 1992. *Psychotherapy with Torture Survivors: A Report of Practice from the Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims, Copenhagen, Denmark*. Copenhagen: International Rehabilitation Council for Torture Victims.

Vichai, P. et al. 1978. *Evaluation of Treatment Outcome at the Buddhosh Treatment Center*. Tam Krabor, Bangkok: Institute for Health Research, Chiklongkorn University.

von Korff, M., Katon, W., and E. Lin. 1990. Psychological distress, physical symptoms, utilization and the cost-offset effect. In *Psychological Disorders in General Medical Settings*, edited by N. Sartorius, D. Goldberg, G. deGirolamo, et al., pp. 159-169. Toronto: Hogreff and Huber Publishers.

Wagenaar, A.C., Streff, F.M., and R.H. Schultz. 1990. Effects of the 65 MPH speed limit on injury morbidity and mortality. *Accident Analysis and Prevention* 22:571-585.

Waldram, J. 1993. Aboriginal spirituality: symbolic healing in Canadian prisons. *Culture, Medicine and Psychiatry* 17:345-362.

Ware, N. 1993. Structural adjustment and women's mental health. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Warner , R. 1985. *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy.* Lon- don: Routledge and Kegan Paul.

Warren, K.S. 1991. Helminths and health of school-aged children. *The Lancet* 338:686-687.

Waxler, N.E. 1977. Is outcome for schizophrenia better in non-industrial societies? The case of Sri Lanka. *Journal of Nervous and Mental Disease* 167:144-158.

Webb, S.D. 1984. Rural-urban differences in mental health. *Mental Health and the Environment,* edited by H. Freeman, pp. 226-249. London: Livingstone-Churchill.

Weile, B., Wingender, L.B., Bach-Mortensen, N., and P. Busch. 1990. Behavioral problems in children of torture victims: a sequel to cultural maladaptation or to parental torture? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 11:79-80.

Weiss, M.G. 1985. The interrelationship of tropical disease and mental disorder: conceptual framework and literature review (part I-malaria). *Culture, Medicine and Psychiatry* 9:121-200.

Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., et al. 1989. The functioning and well-being of depressed patients. *Journal of the American Medical Association* 262:914-919.

Wen, H. and S. Cheung. 1973. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. *American Journal of Acupuncture* 1:71-75.

Werler, M.M., Shapiro, S., and A.A. Mitchell. 1993. Periconceptional folic acid exposure and risk of occurrent neural tube defects. *Journal of the American Medical Association* 269:1257-1261.

West, K.P., Pokhrel, R.P., Katz, J., et al. 1991. Efficacy of vitamin A in reducing preschool child mortality in Nepal. *The Lancet* 338:67-71.

Westermeyer, J. 1973. Folk treatment of opium addiction in Laos. *British Journal of Addiction* 68:345-349.

______.1979. Medical and non-medical treatment of narcotic addicts: a comparative study from Asia. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 167:205-211.

______.1991. Psychiatric services for refugee children. In *Refugee Children: Theory, Research, and Services,* edited by F.L. Ahearn and J.L. Athey, pp. 127-162. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Westermeyer, J., Vang, T.F., and J. Neider. 1983. Refugees who do and do not seek psychiatric care: an analysis of premigratory and postmigratory characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 171:86-91.

Whyte, S. 1991. Medicines and self-help: the privatization of health care in eastern Uganda. In *Changing Uganda: The Dilemmas of Structural Adjustment and Revolutionary Change,* edited by H.B. Hansen and M. Twaddle, pp. 130-148. London: James Curry.

Wig, N. 1993. Mental health in Kerala. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Wijesinghe, C.P ., Dissanayake, S.A. W .and P. V .L.N .Dassanayake. 1978. Survey of psychiatric morbidity in a semi-urban population in Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 58:413-441.

Willigen, L. 1992. Organization of care and rehabilitation services for victims of torture and other forms of organized violence: a review of current issues. In Torture and Its Consequences: *Current Treatment Approaches,* edited by M. Basoglu, pp. 277-298. Cambridge: Cambridge University Press.

Wilson, K.B. 1992a. *Internally Displaced Refugees and Returnees From and In Mozambique.* SIDA Studies on Emergencies and Disaster Relief, Report No.. 1. Oxford: Refugee Studies Programme.

_____.1992b. Cults of violence and counter-violence in Mozambique. *Journal of Southern African Studies* 18:527-582.

Wolcott, H.P. 1974. *The African Beer Gardens of Bulawayo.* New Brunswick, N.J.: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Wolf, B. 1987. Low-income mothers at risk: the psychological effects of poverty-related stress. Unpublished dissertation, Harvard Graduate School of Education, Cambridge, Massachusetts.

Wolff, P.H., Bereket, T., Habtab, E., and T. Aradom. Forthcoming. The orphans of Eritrea: a comparison study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.*

World Bank. 1992. World *Development Report* 1992: *Development and the Environment.* New York: Oxford University Press.

_____.1993a. *World Development Report* 1993: *Investing in Health.* New York: Oxford University Press.

_____.1993b. *Global Economic Prospects and the Developing Countries.* Washington, DC: World Bank.

World Health Organization. 1951. *Expert Committee on Mental Health, Report on the Second Session* 1951. Technical Report Series #31. Geneva: World Health Organization Monograph.

_____1979. *Schizophrenia: An International Follow-Up Study.* Geneva: World Health Organization.

_____.1984. *Mental Health Care in Developing Countries.* Technical Report Series, 698. Geneva: World Health Organization.

_____.1987. *Children at Work: Special Health Risks.* Geneva: World Health Organization.

_____.1990. *Preventing Alcohol Problems: Local Prevention Activity and the Compilation of "Guides to Local Action."* Geneva: World Health Organization (WHOIMNH/ ADA/90.4).

_____.1991a. *Statistics Annual,* 1991 [for 1989]. Geneva: World Health Organization.

_____.1991b. *Action to Reduce Health Problems Associated with Alcohol and Drug*

Abuse: A Framework for National Programme Development. Geneva: World Health Organization (WHO/MNH/ADA/91.1).

_______.1992a. *Women and Substance Abuse,* 1992 *Interim Report.* Geneva: WHO, Programme on Substance Abuse.

_______.1992b. *Street Children Project.* Geneva: World Health Organization.

_____.1993a. *Guidelines for the Primary Prevention of Mental Retardation.* Geneva: World Health Organization, WHO/MNH/MND/93.22.

_______.1993b. *Guidelines for Primary Prevention: 3-Epilepsy.* Geneva: World Health Organization, WHO/MNH/MND/93.23.

_______.1993c. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders.* Geneva: World Health Organization.

_____.1993d. World health assembly calls for the elimination of harmful traditional practices. Press release: May 12. Geneva: World Health Organization.

_____.1993e. *Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders.* 1. *Principles for Primary Prevention. Geneva:* WHO, Division of Mental Health (WHO/MHN/MND/93.21).

World Health Organization, Programme on Substance Abuse. 1992. *ATLAS Report.* Geneva: World Health Organization.

_____.1993a. *Report on the* 1992 *Programme Activities.* Geneva: World Health Organization (WHO/PSN93.1).

_____.Abuse. 1993b. *Drug Use and Sport: Current Issues and Implications for Public Health.* Geneva: World Health Organization (WHO/PSN93.3).

World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees. 1992. *Refugee Mental Health: Draft Manual for Field Testing.* Geneva: WHO, Division of Mental Health/UNHCR.

World Notes. A night of madness. *Time-magazine,* August 12,1993, p. 43.

WuDunn, S. 1993. Births punished by fine, beating or ruined home: crackdown by family planning authorities in China. *The New York Times,* Apri125, 6N, 12L.

Xiong, W. Phillips, M.R., Hu, x. Wang, R.W., et al. 1994. Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry.* 165:239-247.

Yeh, E.K. et al. 1987. Social changes and prevalence of specific mental disorders. *Chinese Journal of Mental Health* 3:31-42.

Yip, R. and T .W .Sharp. 1993. Acute malnutrition and childhood mortality related to diarrhea: lessons from the 1991 Kurdish refugee crisis. *Journal of the American Medical Association* 270:587-590.

Yu, E.S.H., Liu, W.T., Levy, P., Zhang, M., Katzman, R., Lung, C., Wong, S., Wang, Z., and Q.G. Ya. 1989. Cognitive impairment among elderly adults in Shanghai, China. *Journal of Gerontology and Social Sciences* 44:597-106.

المؤلفون فى سطور :

١ - الدكتور روبرت ديجارليه Robert R. Desjarlais, Ph.D.

* أستاذ الأنثروبولوجيا بكلية سارة لورانس ، الولايات المتحدة .
* أخصائى فى دراسة الأنثروبولوجيا الثقافية والطبية .
* أجرى دراسات حقلية واسعة على سكان التبت فى نيبال وعلى المشردين فى الولايات المتحدة .
* قام بتأليف العديد من الكتب والمقالات المتخصصة .

٢ - الدكتور ليون آيزنبرج Leon Eisenberg, M.D.

* أستاذ الطب الاجتماعى ، وأستاذ متقاعد للطب النفسى بكلية طب جامعة هارفارد ، الولايات المتحدة .
* مختص بالطب النفسى للأطفال .
* عمل كعضو فى اللجنة الاستشارية للطب النفسى بمنظمة الصحة العالمية لمدة ٣٠ عاماً .
* حصل على العديد من جوائز التقدير لعمله المتميز فى مجال الطب النفسى .

٣ - الدكتور بايرون جوود Byron J. Good, Ph.D.

* أستاذ الأنثروبولوجيا الطبية بكلية طب جامعة هارفارد ، الولايات المتحدة .
* محاضر بقسم الأنثروبولوجيا بكلية طب جامعة هارفارد.
* ألف العديد من الكتب والمقالات فى مجال الأنثروبولجيا الطبية والنفسية .
* أجرى العديد من الأبحاث فى الشرق الأوسط والولايات المتحدة .

٤ - الدكتور آرثر كلاينمان Arthur Kleinman, M.D.

* أستاذ الأنثروبولوجيا الطبية بكلية طب جامعة هارفارد ، الولايات المتحدة .
* أستاذ الأنثروبولوجيا والطب النفسى بجامعة هارفارد .
* أخصائى بالأنثروبولوجيا الاجتماعية وطبيب نفسى .
* أجرى أبحاثه على الأمراض العقلية ، والرعاية الإكلينيكية ، والمشكلات الاجتماعية فى شرق آسيا وأمريكا الشمالية .

المترجم فى سطور :

الدكتور إيهاب عبد الرحيم محمد على

- ولد بجمهورية مصر العربية عام ١٩٦٥
- تخرج في كلية الطب ، جامعة أسيوط (مصر) بمرتبة الشرف عام ١٩٨٨
- عمل طبيبًا بوزارة الصحة المصرية من عام ١٩٩١ - ١٩٩٤
- يعمل منذ عام ١٩٩٤ وحتى تاريخه رئيسًا لقسم التأليف والترجمة بمركز تعريب العلوم الصحية ، جامعة الدول العربية - الكويت .
- محرر مجلة "تعريب الطب" منذ إنشائها عام ١٩٩٧
- أشرف على ترجمة وتحرير عدد كبير من الكتب ، والمعاجم ، والمقالات الطبية .
- يشرف على تحرير الصفحة الطبية بجريدة الهدف - الكويت .
- مستشار تحرير المجلة الطبية المنشورة على الموقع الرسمى لنقابة أطباء مصر .
- شارك فى تأليف كتاب "ثورات فى الطب والعلوم" (كتاب العربى السادس والثلاثون - ١٩٩٩) .
- له خمسة كتب مترجمة .
- "كيف نموت" (الناشر: شركة المكتبات الكويتية - ١٩٩٧) .
- "البحث عن حياة على المريخ" (سلسلة عالم المعرفة العدد ٢٨٨ - المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب - الكويت - ٢٠٠٢) .
- "مستقبلنا ما بعد البشرية" (الناشر: مركز الإمارات للبحوث والدراسات الاستراتيجية - أبو ظبى - إ.ع.م)
- "الطاقة للشعب" (تحت الطبع - الناشر : سلسلة عالم المعرفة - المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب - الكويت) .
- له عشرات المقالات الطبية والعلمية المنشورة فى مجلات مثل : العربى ، الثقافة العالمية ، حياتنا ، العلوم ، علوم وتكنولوجيا ، المرأة اليوم .
- عضو الجمعية الدولية للمحررين الطبيين WAME •
- عضو شبكة تعريب العلوم الصحية - منظمة الصحة العالمية .
- عضو الجمعية الدولية للمستقبليات وعدد من الهيئات العلمية الدولية الأخرى .

المشروع القومى للترجمة

المشــروع القومــى للترجمــة مشــروع تنميــة ثقافيــة بالدرجــة الأولى ، ينطلق من الإيجابيات التى حققتها مشروعات الترجمة التى سبقته فى مصر والعالم العربى ويسعى إلى الإضافة بما يفتح الأفق على وعود المستقبل، معتمداً المبادئ التالية :

١- الخروج من أسر المركزية الأوروبية وهيمنة اللغتين الإنجليزية والفرنسية .

٢- التوازن بين المعارف الإنسانية فى المجالات العلمية والفنية والفكرية والإبداعية .

٣- الانحيــاز إلى كل مــا يؤسس لأفكار التـقـدم وحضـور العلم وإشـاعة العـقـلانيـة والتشجيع على التجريب .

٤- ترجمـة الأصول المعرفيـة التى أصبـحت أقرب إلى الإطار المرجـعى فـى الثقـافـة الإنسانية المعاصرة، جنبًا إلى جنب المنجزات الجديدة التى تضع القارئ فى القلب من حركة الإبداع والفكر العالميين .

٥- العمل على إعداد جيل جديد من المترجمين المتخصصين عن طريق ورش العمل بالتنسيق مع لجنة الترجمة بالمجلس الأعلى للثقافة .

٦- الاستعانة بكل الخبرات العربية وتنسيق الجهود مع المؤسسات المعنية بالترجمة .

المشروع القومى للترجمة

١-	اللغة العليا	جون كوين	أحمد درويش
٢-	الوثنية والإسلام (ط١)	ك. مادهو بانيكار	أحمد فؤاد بلبع
٣-	التراث المسروق	جورج جيمس	شوقى جلال
٤-	كيف تتم كتابة السيناريو	إنجا كاريتنيكوفا	أحمد الحضرى
٥-	ثريا فى غيبوبة	إسماعيل فصيح	محمد علاء الدين منصور
٦-	اتجاهات البحث اللسانى	ميلكا إفيتش	سعد مصلوح ووفاء كامل فايد
٧-	العلوم الإنسانية والفلسفة	لوسيان غولدمان	يوسف الأنطكى
٨-	مشعلو الحرائق	ماكس فريش	مصطفى ماهر
٩-	التغيرات البيئية	أندرو. س. جودى	محمود محمد عاشور
١٠-	خطاب الحكاية	جيرار جينيت	محمد معتصم وعبد الجليل الأزدى وعمر حلى
١١-	مختارات شعرية	فيسوافا شيمبوريسكا	هناء عبد الفتاح
١٢-	طريق الحرير	ديفيد براونيستون وأيرين فرانك	أحمد محمود
١٣-	ديانة الساميين	روبرتسن سميث	عبد الوهاب علوب
١٤-	التحليل النفسى للأدب	جان بيلمان نويل	حسن المودن
١٥-	الحركات الفنية منذ ١٩٤٥	إدوارد لوسى سميث	أشرف رفيق عفيفى
١٦-	أثينة السوداء (جـ١)	مارتن برنال	بإشراف: أحمد عتمان
١٧-	مختارات شعرية	فيليب لاركين	محمد مصطفى بدوى
١٨-	الشعر النسائى فى أمريكا اللاتينية	مختارات	طلعت شاهين
١٩-	الأعمال الشعرية الكاملة	جورج سفيريس	نعيم عطية
٢٠-	قصة العلم	ج. ج. كراوثر	يمنى طريف الخولى و بدوى عبد الفتاح
٢١-	خوخة وألف خوخة وقصص أخرى	صمد بهرنجى	ماجدة العنانى
٢٢-	مذكرات رحالة عن المصريين	جون أنتيس	سيد أحمد على الناصرى
٢٣-	تجلى الجميل	هانز جيورج جادامر	سعيد توفيق
٢٤-	ظلال المستقبل	باتريك بارندر	بكر عباس
٢٥-	مثنوى (٦ أجزاء)	مولانا جلال الدين الرومى	إبراهيم الدسوقى شتا
٢٦-	دين مصر العام	محمد حسين هيكل	أحمد محمد حسين هيكل
٢٧-	التنوع البشرى الخلاق	مجموعة من المؤلفين	بإشراف: جابر عصفور
٢٨-	رسالة فى التسامح	جون لوك	منى أبو سنة
٢٩-	الموت والوجود	جيمس ب. كارس	بدر الديب
٣٠-	الوثنية والإسلام (ط٢)	ك. مادهو بانيكار	أحمد فؤاد بلبع
٣١-	مصادر دراسة التاريخ الإسلامى	جان سوفاجيه - كلود كاين	عبد الستار الحلوجى وعبد الوهاب علوب
٣٢-	الانقراض	ديفيد روب	مصطفى إبراهيم فهمى
٣٣-	التاريخ الاقتصادى لأفريقيا الغربية	أ. ج. هوبكنز	أحمد فؤاد بلبع
٣٤-	الرواية العربية	روجر ألن	حصة إبراهيم المنيف
٣٥-	الأسطورة والحداثة	بول ب . ديكسون	خليل كلفت
٣٦-	نظريات السرد الحديثة	والاس مارتن	حياة جاسم محمد

٣٧- واحة سيوة وموسيقاها	بريجيت شيفر	جمال عبد الرحيم
٣٨- نقد الحداثة	ألن تورين	أنور مغيث
٣٩- الحسد والإغريق	بيتر والكوت	منيرة كروان
٤٠- قصائد حب	أن سكستون	محمد عيد إبراهيم
٤١- ما بعد المركزية الأوروبية	بيتر جران	عاطف أحمد وإبراهيم فتحي ومحمود ماجد
٤٢- عالم ماك	بنجامين باربر	أحمد محمود
٤٣- اللهب المزدوج	أوكتافيو باث	المهدى أخريف
٤٤- بعد عدة أصياف	ألدوس هكسلي	مارلين تادرس
٤٥- التراث المغدور	روبرت دينا وجون فاين	أحمد محمود
٤٦- عشرون قصيدة حب	بابلو نيرودا	محمود السيد على
٤٧- تاريخ النقد الأدبى الحديث (جـ١)	رينيه ويليك	مجاهد عبد المنعم مجاهد
٤٨- حضارة مصر الفرعونية	فرانسوا دوما	ماهر جويجاتى
٤٩- الإسلام فى البلقان	هـ . ت . نوريس	عبد الوهاب علوب
٥٠- ألف ليلة وليلة أو القول الأسير	جمال الدين بن الشيخ	محمد برادة وعثمانى الميلود ويوسف الأنطكى
٥١- مسار الرواية الإسبانو أمريكية	داريو بيانوبيا وخ. م. بينياليستى	محمد أبو العطا
٥٢- العلاج النفسى التدعيمى	ب. نوفاليس وس. روجسيفيتز وروجر بيل	لطفى فطيم وعادل دمرداش
٥٣- الدراما والتعليم	أ . ف . ألنجتون	مرسى سعد الدين
٥٤- المفهوم الإغريقى للمسرح	ج . مايكل والتون	محسن مصيلحى
٥٥- ما وراء العلم	چون بولكنجهوم	على يوسف على
٥٦- الأعمال الشعرية الكاملة (جـ١)	فديريكو غرسية لوركا	محمود على مكى
٥٧- الأعمال الشعرية الكاملة (جـ٢)	فديريكو غرسية لوركا	محمود السيد و ماهر البطوطى
٥٨- مسرحيتان	فديريكو غرسية لوركا	محمد أبو العطا
٥٩- المحبرة (مسرحية)	كارلوس مونييث	السيد السيد سهيم
٦٠- التصميم والشكل	چوهانز إيتين	صبرى محمد عبد الغنى
٦١- موسوعة علم الإنسان	شارلوت سيمور - سميث	بإشراف : محمد الجوهرى
٦٢- لذّة النّص	رولان بارت	محمد خير البقاعى
٦٣- تاريخ النقد الأدبى الحديث (جـ٢)	رينيه ويليك	مجاهد عبد المنعم مجاهد
٦٤- برتراند راسل (سيرة حياة)	آلان وود	رمسيس عوض
٦٥- فى مدح الكسل ومقالات أخرى	برتراند راسل	رمسيس عوض
٦٦- خمس مسرحيات أندلسية	أنطونيو جالا	عبد اللطيف عبد الحليم
٦٧- مختارات شعرية	فرناندو بيسوا	المهدى أخريف
٦٨- نتاشا العجوز وقصص أخرى	ڤالنتين راسبوتين	أشرف الصباغ
٦٩- العالم الإسلامى فى أوائل القرن العشرين	عبد الرشيد إبراهيم	أحمد فؤاد متولى وهويدا محمد فهمى
٧٠- ثقافة وحضارة أمريكا اللاتينية	أوخينيو تشانج رودريجث	عبد الحميد غلاب وأحمد حشاد
٧١- السيدة لا تصلح إلا للرمى	داريو فو	حسين محمود
٧٢- السياسى العجوز	ت . س . إليوت	فؤاد مجلى
٧٣- نقد استجابة القارئ	چين ب . تومبكنز	حسن ناظم وعلى حاكم
٧٤- صلاح الدين والمماليك فى مصر	ل . ا . سيمينوڤا	حسن بيومى

٧٥- فن التراجم والسير الذاتية	أندريه موروا	أحمد درويش
٧٦- جاك لاكان وإغواء التحليل النفسي	مجموعة من المؤلفين	عبد المقصود عبد الكريم
٧٧- تاريخ النقد الأدبي الحديث (جـ٢)	رينيه ويليك	مجاهد عبد المنعم مجاهد
٧٨- العولمة : النظرية الاجتماعية والثقافة الكونية	رونالد روبرتسون	أحمد محمود ونورا أمين
٧٩- شعرية التأليف	بوريس أوسبنسكي	سعيد الغانمي وناصر حلاوي
٨٠- بوشكين عند «نافورة الدموع»	ألكسندر بوشكين	مكارم الغمري
٨١- الجماعات المتخيلة	بندكت أندرسن	محمد طارق الشرقاوي
٨٢- مسرح ميجيل	ميجيل دي أونامونو	محمود السيد علي
٨٣- مختارات شعرية	غوتفريد بن	خالد المعالي
٨٤- موسوعة الأدب والنقد (جـ١)	مجموعة من المؤلفين	عبد الحميد شيحة
٨٥- منصور الحلاج (مسرحية)	صلاح زكي أقطاي	عبد الرازق بركات
٨٦- طول الليل (رواية)	جمال مير صادقي	أحمد فتحي يوسف شتا
٨٧- نون والقلم (رواية)	جلال آل أحمد	ماجدة العناني
٨٨- الابتلاء بالتغرب	جلال آل أحمد	إبراهيم الدسوقي شتا
٨٩- الطريق الثالث	أنتوني جيدنز	أحمد زايد ومحمد محيي الدين
٩٠- وسم السيف وقصص أخرى	بورخيس وآخرون	محمد إبراهيم مبروك
٩١- المسرح والتجريب بين النظرية والتطبيق	باربرا لاسوتسكا - بشونباك	محمد هناء عبد الفتاح
٩٢- أساليب ومضامين المسرح الإسبانوأمريكي المعاصر	كارلوس ميجيل	نادية جمال الدين
٩٣- محدثات العولمة	مايك فيذرستون وسكوت لاش	عبد الوهاب علوب
٩٤- مسرحيتا الحب الأول والصحبة	صمويل بيكيت	فوزية العشماوي
٩٥- مختارات من المسرح الإسباني	أنطونيو بويرو باييخو	سري محمد عبد اللطيف
٩٦- ثلاث زنبقات ووردة وقصص أخرى	نخبة	إدوار الخراط
٩٧- هوية فرنسا (مج١)	فرنان برودل	بشير السباعي
٩٨- الهم الإنساني والابتزاز الصهيوني	مجموعة من المؤلفين	أشرف الصباغ
٩٩- تاريخ السينما العالمية (١٨٩٥-١٩٨٠)	ديفيد روبنسون	إبراهيم قنديل
١٠٠- مساءلة العولمة	بول هيرست وجراهام تومبسون	إبراهيم فتحي
١٠١- النص الروائي: تقنيات ومناهج	بيرنار فاليط	رشيد بنحدو
١٠٢- السياسة والتسامح	عبد الكبير الخطيبي	عز الدين الكتاني الإدريسي
١٠٣- قبر ابن عربي يليه آياء (شعر)	عبد الوهاب المؤدب	محمد بنيس
١٠٤- أوبرا ماهوجني (مسرحية)	برتولت بريشت	عبد الغفار مكاوي
١٠٥- مدخل إلى النص الجامع	چيرار چينيت	عبد العزيز شبيل
١٠٦- الأدب الأندلسي	ماريا خيسوس روبييرامتي	أشرف علي دعدور
١٠٧- صورة الفدائي في الشعر الأمريكي اللاتيني المعاصر	نخبة من الشعراء	محمد عبد الله الجعيدي
١٠٨- ثلاث دراسات عن الشعر الأندلسي	مجموعة من المؤلفين	محمود علي مكي
١٠٩- حروب المياه	چون بولوك وعادل درويش	هاشم أحمد محمد
١١٠- النساء في العالم النامي	حسنة بيجوم	منى قطان
١١١- المرأة والجريمة	فرانسس هيدسون	ريهام حسين إبراهيم
١١٢- الاحتجاج الهادئ	أرلين علوي ماكليود	إكرام يوسف

١١٣- راية التمرد	سادى بلانت	أحمد حسان
١١٤- مسرحيتا حصاد كونجى وسكان المستنقع	وول شوينكا	نسيم مجلى
١١٥- غرفة تخص المرء وحده	فرچينيا وولف	سمية رمضان
١١٦- امرأة مختلفة (درية شفيق)	سينثيا نلسون	نهاد أحمد سالم
١١٧- المرأة والجنوسة فى الإسلام	ليلى أحمد	منى إبراهيم وهالة كمال
١١٨- النهضة النسائية فى مصر	بث بارون	لميس النقاش
١١٩- النساء والأسرة وقوانين الطلاق فى التاريخ الإسلامى	أميرة الأزهرى سنبل	بإشراف: رءوف عباس
١٢٠- الحركة النسائية والتطور فى الشرق الأوسط	ليلى أبو لغد	مجموعة من المترجمين
١٢١- الدليل الصغير فى كتابة المرأة العربية	فاطمة موسى	محمد الجندى وإيزابيل كمال
١٢٢- نظام العبودية القديم والنموذج المثالى للإنسان	چوزيف فوجت	منيرة كروان
١٢٣- الإمبراطورية العثمانية وعلاقاتها الدولية	أنينل ألكسندرو فنادولينا	أنور محمد إبراهيم
١٢٤- الفجر الكاذب: أوهام الرأسمالية العالمية	چون جراى	أحمد فؤاد بلبع
١٢٥- التحليل الموسيقى	سيدرك ثورپ ديڤى	سمحة الخولى
١٢٦- فعل القراءة	ڤولڤانج إيسر	عبد الوهاب علوب
١٢٧- إرهاب (مسرحية)	صفاء فتحى	بشير السباعى
١٢٨- الأدب المقارن	سوزان باسنيت	أميرة حسن نويرة
١٢٩- الرواية الإسبانية المعاصرة	ماريا دولورس أسيس جاروته	محمد أبو العطا وآخرون
١٣٠- الشرق يصعد ثانية	أندريه جوندر فرانك	شوقى جلال
١٣١- مصر القديمة: التاريخ الاجتماعى	مجموعة من المؤلفين	لويس بقطر
١٣٢- ثقافة العولمة	مايك فيذرستون	عبد الوهاب علوب
١٣٣- الخوف من المرايا (رواية)	طارق على	طلعت الشايب
١٣٤- تشريح حضارة	بارى ج. كيمب	أحمد محمود
١٣٥- المختار من نقد ت. س. إليوت	ت. س. إليوت	ماهر شفيق فريد
١٣٦- فلاحو الباشا	كينيث كونو	سحر توفيق
١٣٧- مذكرات ضابط فى الحملة الفرنسية على مصر	چوزيف مارى مواريه	كاميليا صبحى
١٣٨- عالم التليفزيون بين الجمال والعنف	أندريه جلوكسمان	وجيه سمعان عبد المسيح
١٣٩- پارسيڤال (مسرحية)	ريتشارد فاچنر	مصطفى ماهر
١٤٠- حيث تلتقى الأنهار	هربرت ميسن	أمل الجبورى
١٤١- اثنتا عشرة مسرحية يونانية	مجموعة من المؤلفين	نعيم عطية
١٤٢- الإسكندرية : تاريخ ودليل	أ. م. فورستر	حسن بيومى
١٤٣- قضايا التنظير فى البحث الاجتماعى	ديرك لايدر	عدلى السمرى
١٤٤- صاحبة اللوكاندة (مسرحية)	كارلو جولدونى	سلامة محمد سليمان
١٤٥- موت أرتيميو كروث (رواية)	كارلوس فوينتس	أحمد حسان
١٤٦- الورقة الحمراء (رواية)	ميجيل دى ليبس	على عبدالرءوف اليمبى
١٤٧- مسرحيتان	تانكريد دورست	عبدالغفار مكاوى
١٤٨- القصة القصيرة: النظرية والتقنية	إنريكى أندرسون إمبرت	على إبراهيم منوفى
١٤٩- النظرية الشعرية عند إليوت وأدونيس	عاطف فضول	أسامة إسبر
١٥٠- التجربة الإغريقية	روبرت ج. ليتمان	منيرة كروان

١٥١-	هوية فرنسا (مج ٢ ، جـ١)	فرنان برودل	بشير السباعى
١٥٢-	عدالة الهنود وقصص أخرى	مجموعة من المؤلفين	محمد محمد الخطابى
١٥٣-	غرام الفراعنة	فيولين فانويك	فاطمة عبدالله محمود
١٥٤-	مدرسة فرانكفورت	فيل سليتر	خليل كلفت
١٥٥-	الشعر الأمريكى المعاصر	نخبة من الشعراء	أحمد مرسى
١٥٦-	المدارس الجمالية الكبرى	چى أنبال وآلان وأوديت ڤيرمو	مى التلمسانى
١٥٧-	خسرو وشيرين	النظامى الكنجوى	عبدالعزيز بقوش
١٥٨-	هوية فرنسا (مج ٢ ، جـ٢)	فرنان برودل	بشير السباعى
١٥٩-	الأيديولوچية	ديڤيد هوكس	إبراهيم فتحى
١٦٠-	آلة الطبيعة	بول إيرليش	حسين بيومى
١٦١-	مسرحيتان من المسرح الإسبانى	أليخاندرو كاسونا وأنطونيو جالا	زيدان عبدالحليم زيدان
١٦٢-	تاريخ الكنيسة	يوحنا الأسيوى	صلاح عبدالعزيز محجوب
١٦٣-	موسوعة علم الاجتماع (جـ ١)	جوردون مارشال	بإشراف: محمد الجوهرى
١٦٤-	شامبوليون (حياة من نور)	چان لاكوتير	نبيل سعد
١٦٥-	حكايات الثعلب (قصص أطفال)	أ. ن. أفاناسيفا	سهير المصادفة
١٦٦-	العلاقات بين المتدينين والعلمانيين فى إسرائيل	يشعياهو ليڤمان	محمد محمود أبوغدير
١٦٧-	فى عالم طاغور	رابندرنات طاغور	شكرى محمد عياد
١٦٨-	دراسات فى الأدب والثقافة	مجموعة من المؤلفين	شكرى محمد عياد
١٦٩-	إبداعات أدبية	مجموعة من المؤلفين	شكرى محمد عياد
١٧٠-	الطريق (رواية)	ميجيل دليبيس	بسام ياسين رشيد
١٧١-	وضع حد (رواية)	فرانك بيجو	هدى حسين
١٧٢-	حجر الشمس (شعر)	نخبة	محمد محمد الخطابى
١٧٣-	معنى الجمال	ولتر ت. ستيس	إمام عبد الفتاح إمام
١٧٤-	صناعة الثقافة السوداء	إيليس كاشمور	أحمد محمود
١٧٥-	التليفزيون فى الحياة اليومية	لورينزو فيلشس	وجيه سمعان عبد المسيح
١٧٦-	نحو مفهوم للاقتصاديات البيئية	توم تيتنبرج	جلال البنا
١٧٧-	أنطون تشيخوف	هنرى ترويا	حصة إبراهيم المنيف
١٧٨-	مختارات من الشعر اليونانى الحديث	نخبة من الشعراء	محمد حمدى إبراهيم
١٧٩-	حكايات أيسوب (قصص أطفال)	أيسوب	إمام عبد الفتاح إمام
١٨٠-	قصة جاويد (رواية)	إسماعيل فصيح	سليم عبد الأمير حمدان
١٨١-	النقد الأدبى الأمريكى من الثلاثينيات إلى الثمانينيات	فنسنت ب. ليتش	محمد يحيى
١٨٢-	العنف والنبوءة (شعر)	و.ب. ييتس	ياسين طه حافظ
١٨٣-	چان كوكتو على شاشة السينما	رينيه جيلسون	فتحى العشرى
١٨٤-	القاهرة: حالمة لا تنام	هانز إيندورفر	دسوقى سعيد
١٨٥-	أسفار العهد القديم فى التاريخ	توماس تومسن	عبد الوهاب علوب
١٨٦-	معجم مصطلحات هيجل	ميخائيل إنوود	إمام عبد الفتاح إمام
١٨٧-	الأرضة (رواية)	بُزرج علوى	محمد علاء الدين منصور
١٨٨-	موت الأدب	ألڤين كرنان	بدر الديب

١٨٩-	العمى والبصيرة: مقالات في بلاغة النقد المعاصر	بول دى مان	سعيد الغانمي
١٩٠-	محاورات كونفوشيوس	كونفوشيوس	محسن سيد فرجاني
١٩١-	الكلام رأسمال وقصص أخرى	الحاج أبو بكر إمام وآخرون	مصطفى حجازى السيد
١٩٢-	سياحت نامه إبراهيم بك (جـ١)	زين العابدين المراغى	محمود علاوى
١٩٣-	عامل المنجم (رواية)	بيتر أبراهامز	محمد عبد الواحد محمد
١٩٤-	مختارات من النقد الأنجلو-أمريكى الحديث	مجموعة من النقاد	ماهر شفيق فريد
١٩٥-	شتاء ٨٤ (رواية)	إسماعيل فصيح	محمد علاء الدين منصور
١٩٦-	المهلة الأخيرة (رواية)	ڤالنتين راسبوتين	أشرف الصباغ
١٩٧-	سيرة الفاروق	شمس العلماء شبلى النعمانى	جلال السعيد الحفناوى
١٩٨-	الاتصال الجماهيرى	إدوين إمرى وآخرون	إبراهيم سلامة إبراهيم
١٩٩-	تاريخ يهود مصر فى الفترة العثمانية	يعقوب لانداو	جمال أحمد الرفاعى وأحمد عبد اللطيف حماد
٢٠٠-	ضحايا التنمية: المقاومة والبدائل	چيرمى سيبروك	فخرى لبيب
٢٠١-	الجانب الدينى للفلسفة	جوزايا رويس	أحمد الأنصارى
٢٠٢-	تاريخ النقد الأدبى الحديث (جـ٤)	رينيه ويليك	مجاهد عبد المنعم مجاهد
٢٠٣-	الشعر والشاعرية	ألطاف حسين حالى	جلال السعيد الحفناوى
٢٠٤-	تاريخ نقد العهد القديم	زالمان شازار	أحمد هويدى
٢٠٥-	الجينات والشعوب واللغات	لويجى لوقا كافاللى- سفورزا	أحمد مستجير
٢٠٦-	الهيولية تصنع علمًا جديدًا	چيمس جلايك	على يوسف على
٢٠٧-	ليل أفريقى (رواية)	رامون خوتاسندير	محمد أبو العطا
٢٠٨-	شخصية العربى فى المسرح الإسرائيلى	دان أوريان	محمد أحمد صالح
٢٠٩-	السرد والمسرح	مجموعة من المؤلفين	أشرف الصباغ
٢١٠-	مثنويات حكيم سنائى (شعر)	سنائى الغزنوى	يوسف عبد الفتاح فرج
٢١١-	فردينان دوسوسير	جوناثان كللر	محمود حمدى عبد الغنى
٢١٢-	قصص الأمير مرزبان على لسان الحيوان	مرزبان بن رستم بن شروين	يوسف عبدالفتاح فرج
٢١٣-	مصر منذ قدوم نابليون حتى رحيل عبدالناصر	ريمون فلاور	سيد أحمد على الناصرى
٢١٤-	قواعد جديدة للمنهج فى علم الاجتماع	أنتونى جيدنز	محمد محيى الدين
٢١٥-	سياحت نامه إبراهيم بك (جـ٢)	زين العابدين المراغى	محمود علاوى
٢١٦-	جوانب أخرى من حياتهم	مجموعة من المؤلفين	أشرف الصباغ
٢١٧-	مسرحيتان طليعيتان	صمويل بيكيت وهارولد بينتر	نادية البنهاوى
٢١٨-	لعبة الحجلة (رواية)	خوليو كورتاثار	على إبراهيم منوفى
٢١٩-	بقايا اليوم (رواية)	كازو إيشجورو	طلعت الشايب
٢٢٠-	الهيولية فى الكون	بارى پاركر	على يوسف على
٢٢١-	شعرية كفافى	جريجورى جوزدانيس	رفعت سلام
٢٢٢-	فرانز كافكا	رونالد جراى	نسيم مجلى
٢٢٣-	العلم فى مجتمع حر	پاول فيرابند	السيد محمد نفادى
٢٢٤-	دمار يوغسلافيا	برانكا ماجاس	منى عبدالظاهر إبراهيم
٢٢٥-	حكاية غريق (رواية)	جابرييل جارثيا ماركيث	السيد عبدالظاهر السيد
٢٢٦-	أرض المساء وقصائد أخرى	ديڤيد هربت لورانس	طاهر محمد على البربرى

٢٢٧-	المسرح الإسبانى فى القرن السابع عشر	خوسيه ماريا ديث بوركى	السيد عبدالظاهر عبدالله
٢٢٨-	علم الجمالية وعلم اجتماع الفن	جانيت وولف	مارى تيريز عبدالمسيح وخالد حسن
٢٢٩-	مأزق البطل الوحيد	نورمان كيجان	أمير إبراهيم العمرى
٢٣٠-	عن الذباب والفئران والبشر	فرانسواز جاكوب	مصطفى إبراهيم فهمى
٢٣١-	الدرافيل أو الجيل الجديد (مسرحية)	خايمى سالوم بيدال	جمال عبدالرحمن
٢٣٢-	ما بعد المعلومات	توم ستونير	مصطفى إبراهيم فهمى
٢٣٣-	فكرة الاضمحلال فى التاريخ الغربى	أرثر هيرمان	طلعت الشايب
٢٣٤-	الإسلام فى السودان	ج. سبنسر تريمنجهام	فؤاد محمد عكود
٢٣٥-	ديوان شمس تبريزى (جـ١)	مولانا جلال الدين الرومى	إبراهيم الدسوقى شتا
٢٣٦-	الولاية	ميشيل شودكيفيتش	أحمد الطيب
٢٣٧-	مصر أرض الوادى	روبين فيدين	عنايات حسين طلعت
٢٣٨-	العولمة والتحرير	تقرير لمنظمة الأنكتاد	ياسر محمد جادالله وعربى مدبولى أحمد
٢٣٩-	العربى فى الأدب الإسرائيلى	جيلا رامراز - رايوخ	نادية سليمان حافظ وإيهاب صلاح فايق
٢٤٠-	الإسلام والغرب وإمكانية الحوار	كاى حافظ	صلاح محجوب إدريس
٢٤١-	فى انتظار البرابرة (رواية)	ج . م. كوتزى	ابتسام عبدالله
٢٤٢-	سبعة أنماط من الغموض	وليام إمبسون	صبرى محمد حسن
٢٤٣-	تاريخ إسبانيا الإسلامية (مج١)	ليفى بروفنسال	بإشراف: صلاح فضل
٢٤٤-	الغليان (رواية)	لاورا إسكيبيل	نادية جمال الدين محمد
٢٤٥-	نساء مقاتلات	إليزابيتا أديس وآخرون	توفيق على منصور
٢٤٦-	مختارات قصصية	جابرييل جارثيا ماركيث	على إبراهيم منوفى
٢٤٧-	الثقافة الجماهيرية والحداثة فى مصر	والتر أرمبرست	محمد طارق الشرقاوى
٢٤٨-	حقول عدن الخضراء (مسرحية)	أنطونيو جالا	عبداللطيف عبدالحليم
٢٤٩-	لغة التمزق (شعر)	دراجو شتامبوك	رفعت سلام
٢٥٠-	علم اجتماع العلوم	دومنيك فينك	ماجدة محسن أباظة
٢٥١-	موسوعة علم الاجتماع (جـ٢)	جوردون مارشال	بإشراف: محمد الجوهرى
٢٥٢-	رائدات الحركة النسوية المصرية	مارجو بدران	على بدران
٢٥٣-	تاريخ مصر الفاطمية	ل. أ. سيمينوفا	حسن بيومى
٢٥٤-	أقدم لك: الفلسفة	ديف روبنسون وجودى جروفز	إمام عبد الفتاح إمام
٢٥٥-	أقدم لك: أفلاطون	ديف روبنسون وجودى جروفز	إمام عبد الفتاح إمام
٢٥٦-	أقدم لك: ديكارت	ديف روبنسون وكريس جارات	إمام عبد الفتاح إمام
٢٥٧-	تاريخ الفلسفة الحديثة	وليم كلى رايت	محمود سيد أحمد
٢٥٨-	الغجر	سير أنجوس فريزر	عُبادة كُحيلة
٢٥٩-	مختارات من الشعر الأرمنى عبر العصور	نخبة	فاروجان كازانجيان
٢٦٠-	موسوعة علم الاجتماع (جـ٣)	جوردون مارشال	بإشراف: محمد الجوهرى
٢٦١-	رحلة فى فكر زكى نجيب محمود	زكى نجيب محمود	إمام عبد الفتاح إمام
٢٦٢-	مدينة المعجزات (رواية)	إدواردو مندوثا	محمد أبو العطا
٢٦٣-	الكشف عن حافة الزمن	جون جريبن	على يوسف على
٢٦٤-	إبداعات شعرية مترجمة	هوراس وشلى	لويس عوض

الرقم	العنوان	المؤلف	المترجم
٢٦٥-	روايات مترجمة	أوسكار وايلد وصمويل جونسون	لويس عوض
٢٦٦-	مدير المدرسة (رواية)	جلال آل أحمد	عادل عبدالمنعم على
٢٦٧-	فن الرواية	ميلان كونديرا	بدر الدين عرودكى
٢٦٨-	ديوان شمس تبريزى (جـ٢)	مولانا جلال الدين الرومى	إبراهيم الدسوقى شتا
٢٦٩-	وسط الجزيرة العربية وشرقها (جـ١)	وليم چيفور بالجريف	صبرى محمد حسن
٢٧٠-	وسط الجزير العربية وشرقها (جـ٢)	وليم چيفور بالجريف	صبرى محمد حسن
٢٧١-	الحضارة الغربية: الفكرة والتاريخ	توماس سى. باترسون	شوقى جلال
٢٧٢-	الأديرة الأثرية فى مصر	سى. سى. والترز	إبراهيم سلامة إبراهيم
٢٧٣-	الأصول الاجتماعية والثقافية لحركة عرابى فى مصر	چوان كول	عنان الشهاوى
٢٧٤-	السيدة باربارا (رواية)	رومولو جاييجوس	محمود على مكى
٢٧٥-	ت. س. إليوت شاعراً وناقداً وكاتباً مسرحياً	مجموعة من النقاد	ماهر شفيق فريد
٢٧٦-	فنون السينما	مجموعة من المؤلفين	عبدالقادر التلمسانى
٢٧٧-	الجينات والصراع من أجل الحياة	براين فورد	أحمد فوزى
٢٧٨-	البدايات	إسحاق عظيموف	ظريف عبدالله
٢٧٩-	الحرب الباردة الثقافية	ف.س. سوندرز	طلعت الشايب
٢٨٠-	الأم والنصيب وقصص أخرى	بريم شند وآخرون	سمير عبدالحميد إبراهيم
٢٨١-	الفردوس الأعلى (رواية)	عبد الحليم شرر	جلال الحفناوى
٢٨٢-	طبيعة العلم غير الطبيعية	لويس وولبرت	سمير حنا صادق
٢٨٣-	السهل يحترق وقصص أخرى	خوان رولفو	على عبد الروف البمبى
٢٨٤-	هرقل مجنونًا (مسرحية)	يوريبيديس	أحمد عتمان
٢٨٥-	رحلة خواجة حسن نظامى الدهلوى	حسن نظامى الدهلوى	سمير عبد الحميد إبراهيم
٢٨٦-	سياحت نامه إبراهيم بك (جـ٣)	زين العابدين المراغى	محمود علاوى
٢٨٧-	الثقافة والعولمة والنظام العالمى	أنتونى كنج	محمد يحيى وآخرون
٢٨٨-	الفن الروائى	ديڤيد لودج	ماهر البطوطى
٢٨٩-	ديوان منوچهرى الدامغانى	أبو نجم أحمد بن قوص	محمد نور الدين عبدالمنعم
٢٩٠-	علم اللغة والترجمة	چورج مونان	أحمد زكريا إبراهيم
٢٩١-	تاريخ المسرح الإسبانى فى القرن العشرين (جـ١)	فرانشسكو رويس رامون	السيد عبد الظاهر
٢٩٢-	تاريخ المسرح الإسبانى فى القرن العشرين (جـ٢)	فرانشسكو رويس رامون	السيد عبد الظاهر
٢٩٣-	مقدمة للأدب العربى	روجر آلن	مجدى توفيق وآخرون
٢٩٤-	فن الشعر	بوالو	رجاء ياقوت
٢٩٥-	سلطان الأسطورة	چوزيف كامبل وبيل موريز	بدر الديب
٢٩٦-	مكبث (مسرحية)	وليم شكسبير	محمد مصطفى بدوى
٢٩٧-	فن النحو بين اليونانية والسريانية	ديونيسيوس ثراكس ويوسف الأهوازى	ماجدة محمد أنور
٢٩٨-	مأساة العبيد وقصص أخرى	نخبة	مصطفى حجازى السيد
٢٩٩-	ثورة فى التكنولوجيا الحيوية	چين ماركس	هاشم أحمد محمد
٣٠٠-	أسطورة بروميثيوس فى الأدبين الإنجليزى والفرنسى (مج١)	لويس عوض	جمال الجزيرى وبهاء چاهين وإيزابيل كمال
٣٠١-	أسطورة بروميثيوس فى الأدبين الإنجليزى والفرنسى (مج٢)	لويس عوض	جمال الجزيرى و محمد الجندى
٣٠٢-	أقدم لك: فنجنشتين	چون هيتون وجودى جروفز	إمام عبد الفتاح إمام

٣٠٣-	أقدم لك: بوذا	چين هوب وبورن فان لون	إمام عبد الفتاح إمام
٣٠٤-	أقدم لك: ماركس	ريوس	إمام عبد الفتاح إمام
٣٠٥-	الجلد (رواية)	كروزيو مالابارته	صلاح عبد الصبور
٣٠٦-	الحماسة: النقد الكانطى للتاريخ	چان فرانسوا ليوتار	نبيل سعد
٣٠٧-	أقدم لك: الشعور	ديڤيد بابينو وهوارد سلينا	محمود مكى
٣٠٨-	أقدم لك: علم الوراثة	ستيف چونز وبورين فان لو	ممدوح عبد المنعم
٣٠٩-	أقدم لك: الذهن والمخ	أنجوس جيلاتى وأوسكار زاريت	جمال الجزيرى
٣١٠-	أقدم لك: يونج	ماجى هايد ومايكل ماكجنس	محيى الدين مزيد
٣١١-	مقال فى المنهج الفلسفى	ر.ج كولنجوود	فاطمة إسماعيل
٣١٢-	روح الشعب الأسود	وليم ديبويس	أسعد حليم
٣١٣-	أمثال فلسطينية (شعر)	خايير بيان	محمد عبدالله الجعيدى
٣١٤-	مارسيل دوشامب: الفن كعدم	چانيس مينيك	هويدا السباعى
٣١٥-	جرامشى فى العالم العربى	ميشيل بروندينو والطاهر لبيب	كاميليا صبحى
٣١٦-	محاكمة سقراط	أى. ف. ستون	نسيم مجلى
٣١٧-	بلا غد	س. شير لايموڤا- س. زنيكين	أشرف الصباغ
٣١٨-	الأدب الروسى فى السنوات العشر الأخيرة	مجموعة من المؤلفين	أشرف الصباغ
٣١٩-	صور دريدا	جايترى سبيڤاك وكرستوفر نوريس	حسام نايل
٣٢٠-	لمعة السراج لحضرة التاج	مؤلف مجهول	محمد علاء الدين منصور
٣٢١-	تاريخ إسبانيا الإسلامية (مج٢، جـ١)	ليڤى برو ڤنسال	بإشراف: صلاح فضل
٣٢٢-	وجهات نظر حديثة فى تاريخ الفن الغربى	دبليو يوچين كلينباور	خالد مفلح حمزة
٣٢٣-	فن الساتورا	تراث يونانى قديم	هانم محمد فوزى
٣٢٤-	اللعب بالنار (رواية)	أشرف أسدى	محمود علاوى
٣٢٥-	عالم الآثار (رواية)	فيليب بوسان	كرستين يوسف
٣٢٦-	المعرفة والمصلحة	يورجين هابرماس	حسن صقر
٣٢٧-	مختارات شعرية مترجمة (جـ١)	نخبة	توفيق على منصور
٣٢٨-	يوسف وزليخا (شعر)	نور الدين عبد الرحمن الجامى	عبد العزيز بقوش
٣٢٩-	رسائل عيد الميلاد (شعر)	تد هيوز	محمد عيد إبراهيم
٣٣٠-	كل شىء عن التمثيل الصامت	مارڤن شبرد	سامى صلاح
٣٣١-	عندما جاء السردين وقصص أخرى	ستيڤن جراى	سامية دياب
٣٣٢-	شهر العسل وقصص أخرى	نخبة	على إبراهيم منوفى
٣٣٣-	الإسلام فى بريطانيا من ١٥٥٨-١٦٨٥	نبيل مطر	بكر عباس
٣٣٤-	لقطات من المستقبل	أرثر كلارك	مصطفى إبراهيم فهمى
٣٣٥-	عصر الشك: دراسات عن الرواية	ناتالى ساروت	فتحى العشرى
٣٣٦-	متون الأهرام	نصوص مصرية قديمة	حسن صابر
٣٣٧-	فلسفة الولاء	چوزايا رويس	أحمد الأنصارى
٣٣٨-	نظرات حائرة وقصص أخرى	نخبة	جلال الحفناوى
٣٣٩-	تاريخ الأدب فى إيران (جـ٣)	إدوارد براون	محمد علاء الدين منصور
٣٤٠-	اضطراب فى الشرق الأوسط	بيرش بيربروجلو	فخرى لبيب

٣٤١- قصائد من رلكه (شعر)	راينر ماريا ريلكه	حسن حلمى
٣٤٢- سلامان وأبسال (شعر)	نور الدين عبدالرحمن الجامى	عبد العزيز بقوش
٣٤٣- العالم البرجوازى الزائل (رواية)	نادين جورديمر	سمير عبد ربه
٣٤٤- الموت فى الشمس (رواية)	بيتر بالانجيو	سمير عبد ربه
٣٤٥- الركض خلف الزمان (شعر)	يونه ندائى	يوسف عبد الفتاح فرج
٣٤٦- سحر مصر	رشاد رشدى	جمال الجزيرى
٣٤٧- الصبية الطائشون (رواية)	جان كوكتو	بكر الحلو
٣٤٨- المتصوفة الأولون فى الأدب التركى (جـ١)	محمد فؤاد كوبريلى	عبدالله أحمد إبراهيم
٣٤٩- دليل القارئ إلى الثقافة الجادة	أرثر والدهورن وآخرون	أحمد عمر شاهين
٣٥٠- بانوراما الحياة السياحية	مجموعة من المؤلفين	عطية شحاتة
٣٥١- مبادئ المنطق	جوزايا رويس	أحمد الانصارى
٣٥٢- قصائد من كفافيس	قسطنطين كفافيس	نعيم عطية
٣٥٣- الفن الإسلامى فى الأندلس: الزخرفة الهندسية	باسيليو بابون مالدونادو	على إبراهيم منوفى
٣٥٤- الفن الإسلامى فى الأندلس: الزخرفة النباتية	باسيليو بابون مالدونادو	على إبراهيم منوفى
٣٥٥- التيارات السياسية فى إيران المعاصرة	حجت مرتجى	محمود علاوى
٣٥٦- الميراث المر	بول سالم	بدر الرفاعى
٣٥٧- متون هرمس	تيموثى فريك وبيتر غاندى	عمر الفاروق عمر
٣٥٨- أمثال الهوسا العامية	نخبة	مصطفى حجازى السيد
٣٥٩- محاورة بارمنيدس	أفلاطون	حبيب الشارونى
٣٦٠- أنثروبولوجيا اللغة	أندريه جاكوب ونويلا باركان	ليلى الشربينى
٣٦١- التصحر: التهديد والمجابهة	آلان جرينجر	عاطف معتمد وآمال شاور
٣٦٢- تلميذ بابنبرج (رواية)	هاينرش شبورل	سيد أحمد فتح الله
٣٦٣- حركات التحرير الأفريقية	ريتشارد جيبسون	صبرى محمد حسن
٣٦٤- حداثة شكسبير	إسماعيل سراج الدين	نجلاء أبو عجاج
٣٦٥- سأم باريس (شعر)	شارل بودلير	محمد أحمد حمد
٣٦٦- نساء يركضن مع الذئاب	كلاريسا بنكولا	مصطفى محمود محمد
٣٦٧- القلم الجرئ	مجموعة من المؤلفين	البراق عبدالهادى رضا
٣٦٨- المصطلح السردى: معجم مصطلحات	جيرالد برنس	عابد خزندار
٣٦٩- المرأة فى أدب نجيب محفوظ	فوزية العشماوى	فوزية العشماوى
٣٧٠- الفن والحياة فى مصر الفرعونية	كليرلا لويت	فاطمة عبدالله محمود
٣٧١- المتصوفة الأولون فى الأدب التركى (جـ٢)	محمد فؤاد كوبريلى	عبدالله أحمد إبراهيم
٣٧٢- عاش الشباب (رواية)	وانغ مينغ	وحيد السعيد عبدالحميد
٣٧٣- كيف تعد رسالة دكتوراه	أومبرتو إيكو	على إبراهيم منوفى
٣٧٤- اليوم السادس (رواية)	أندريه شديد	حمادة إبراهيم
٣٧٥- الخلود (رواية)	ميلان كونديرا	خالد أبو اليزيد
٣٧٦- الغضب وأحلام السنين (مسرحيات)	جان أنوى وآخرون	إدوار الخراط
٣٧٧- تاريخ الأدب فى إيران (جـ٤)	إدوارد براون	محمد علاء الدين منصور
٣٧٨- المسافر (شعر)	محمد إقبال	يوسف عبدالفتاح فرج

-٢٧٩	ملك فى الحديقة (رواية)	ستيل باث	جمال عبدالرحمن
-٢٨٠	حديث عن الخسارة	جونتر جراس	شيرين عبدالسلام
-٢٨١	أساسيات اللغة	ر. ل. تراسك	رانيا إبراهيم يوسف
-٢٨٢	تاريخ طبرستان	بهاء الدين محمد اسفنديار	أحمد محمد نادى
-٢٨٣	هدية الحجاز (شعر)	محمد إقبال	سمير عبدالحميد إبراهيم
-٢٨٤	القصص التى يحكيها الأطفال	سوزان إنجيل	إيزابيل كمال
-٢٨٥	مشترى العشق (رواية)	محمد على بهزادراد	يوسف عبدالفتاح فرج
-٢٨٦	دفاعًا عن التاريخ الأدبى النسوى	جانيت تود	ريهام حسين إبراهيم
-٢٨٧	أغنيات وسوناتات (شعر)	چون دن	بهاء چاهين
-٢٨٨	مواعظ سعدى الشيرازى (شعر)	سعدى الشيرازى	محمد علاء الدين منصور
-٢٨٩	تفاهم وقصص أخرى	نخبة	سمير عبدالحميد إبراهيم
-٢٩٠	الأرشيفات والمدن الكبرى	إم. فى. روبرتس	عثمان مصطفى عثمان
-٢٩١	الحافلة الليلكية (رواية)	مايف بينشى	منى الدروبى
-٢٩٢	مقامات ورسائل أندلسية	فرناندو دى لاجرانجا	عبداللطيف عبدالحليم
-٢٩٣	فى قلب الشرق	ندوة لويس ماسينيون	زينب محمود الخضيرى
-٢٩٤	القوى الأربع الأساسية فى الكون	پول ديڤيز	هاشم أحمد محمد
-٢٩٥	آلام سياوش (رواية)	إسماعيل فصيح	سليم عبد الأمير حمدان
-٢٩٦	السافاك	تقى نجارى راد	محمود علاوى
-٢٩٧	أقدم لك: نيتشه	لورانس جين وكيتى شين	إمام عبدالفتاح إمام
-٢٩٨	أقدم لك: سارتر	فيليب تودى وهوارد ريد	إمام عبدالفتاح إمام
-٢٩٩	أقدم لك: كامى	ديفيد ميروفتش وآلن كوركس	إمام عبدالفتاح إمام
-٤٠٠	مومو (رواية)	ميشائيل إنده	باهر الجوهرى
-٤٠١	أقدم لك: علم الرياضيات	زياودن ساردر وآخرون	ممدوح عبد المنعم
-٤٠٢	أقدم لك: ستيفن هوكنج	ج. ب. ماك إيفوى وأوسكار زاريت	ممدوح عبدالمنعم
-٤٠٣	ربة المطر والملابس تصنع الناس (روايتان)	تودور شتورم وجوتفرد كولر	عماد حسن بكر
-٤٠٤	تعويذة الحسى	ديڤيد إبرام	ظبية خميس
-٤٠٥	إيزابيل (رواية)	أندريه جيد	حمادة إبراهيم
-٤٠٦	المستعربون الإسبان فى القرن ١٩	مانويلا مانتاناريس	جمال عبد الرحمن
-٤٠٧	الأدب الإسبانى المعاصر بأقلام كتابه	مجموعة من المؤلفين	طلعت شاهين
-٤٠٨	معجم تاريخ مصر	چوان فوتشركنج	عنان الشهاوى
-٤٠٩	انتصار السعادة	برتراند راسل	إلهامى عمارة
-٤١٠	خلاصة القرن	كارل بوبر	الزواوى بغورة
-٤١١	همس من الماضى	چينيفر أكرمان	أحمد مستجير
-٤١٢	تاريخ إسبانيا الإسلامية (مج٢، جـ٢)	ليڤى بروفنسال	بإشراف: صلاح فضل
-٤١٣	أغنيات المنفى (شعر)	ناظم حكمت	محمد البخارى
-٤١٤	الجمهورية العالمية للآداب	باسكال كازانوڤا	أمل الصبان
-٤١٥	صورة كوكب (مسرحية)	فريدريش دورينمات	أحمد كامل عبدالرحيم
-٤١٦	مبادئ النقد الأدبى والعلم والشعر	أ. أ. رتشاردز	محمد مصطفى بدوى

٤١٧- تاريخ النقد الأدبى الحديث (جـ٥)	رينيه ويليك	مجاهد عبدالمنعم مجاهد
٤١٨- سياسات الزمر الحاكمة فى مصر العثمانية	چين هاثواى	عبد الرحمن الشيخ
٤١٩- العصر الذهبى للإسكندرية	چون مارلو	نسيم مجلى
٤٢٠- مكرو ميجاس (قصة فلسفية)	ڤولتير	الطيب بن رجب
٤٢١- الولاء والقيادة فى المجتمع الإسلامى الأول	روى متحدة	أشرف كيلانى
٤٢٢- رحلة لاستكشاف أفريقيا (جـ١)	ثلاثة من الرحالة	عبدالله عبدالرازق إبراهيم
٤٢٣- إسراءات الرجل الطيف	نخبة	وحيد النقاش
٤٢٤- لوائح الحق ولوامع العشق (شعر)	نور الدين عبدالرحمن الجامى	محمد علاء الدين منصور
٤٢٥- من طاووس إلى فرح	محمود طلوعى	محمود علاوى
٤٢٦- الخفافيش وقصص أخرى	نخبة	محمد علاء الدين منصور وعبد الحفيظ يعقوب
٤٢٧- بانديراس الطاغية (رواية)	باى إنكلان	ثريا شلبى
٤٢٨- الخزانة الخفية	محمد هوتك بن داود خان	محمد أمان صافى
٤٢٩- أقدم لك: هيجل	ليود سبنسر وأندزجى كروز	إمام عبدالفتاح إمام
٤٣٠- أقدم لك: كانط	كرستوفر وانت وأندزجى كليموفسكى	إمام عبدالفتاح إمام
٤٣١- أقدم لك: فوكو	كريس هوروكس وزوران جفتيك	إمام عبدالفتاح إمام
٤٣٢- أقدم لك: ماكيافللى	باتريك كيرى وأوسكار زاريت	إمام عبدالفتاح إمام
٤٣٣- أقدم لك: جويس	ديفيد نوريس وكارل فلنت	حمدى الجابرى
٤٣٤- أقدم لك: الرومانسية	دونكان هيث وجودى بورهام	عصام حجازى
٤٣٥- توجهات ما بعد الحداثة	نيكولاس زربرج	ناجى رشوان
٤٣٦- تاريخ الفلسفة (مج١)	فردريك كوبلستون	إمام عبدالفتاح إمام
٤٣٧- رحالة هندى فى بلاد الشرق العربى	شبلى النعمانى	جلال الحفناوى
٤٣٨- بطلات وضحايا	إيمان ضياء الدين بيبرس	عايدة سيف الدولة
٤٣٩- موت المرابى (رواية)	صدر الدين عينى	محمد علاء الدين منصور وعبد الحفيظ يعقوب
٤٤٠- قواعد اللهجات العربية الحديثة	كرستن بروستاد	محمد طارق الشرقاوى
٤٤١- رب الأشياء الصغيرة (رواية)	أرونداتى روى	فخرى لبيب
٤٤٢- حتشبسوت: المرأة الفرعونية	فوزية أسعد	ماهر جويجاتى
٤٤٣- اللغة العربية: تاريخها ومستوياتها وتأثيرها	كيس فرستيغ	محمد طارق الشرقاوى
٤٤٤- أمريكا اللاتينية: الثقافات القديمة	لاوريت سيجورنه	صالح علمانى
٤٤٥- حول وزن الشعر	پرويز ناتل خانلرى	محمد محمد يونس
٤٤٦- التحالف الأسود	ألكسندر كوكبرن وجيفرى سانت كلير	أحمد محمود
٤٤٧- ملحمة السيد	تراث شعبى إسبانى	الطاهر أحمد مكى
٤٤٨- الفلاحون (ميراث الترجمة)	الأب عيروط	محى الدين اللبان ووليم داوود مرقس
٤٤٩- أقدم لك: الحركة النسوية	نخبة	جمال الجزيرى
٤٥٠- أقدم لك: ما بعد الحركة النسوية	صوفيا فوكا وريبيكا رايت	جمال الجزيرى
٤٥١- أقدم لك: الفلسفة الشرقية	ريتشارد أوزبورن ويورن ڤان لون	إمام عبد الفتاح إمام
٤٥٢- أقدم لك: لينين والثورة الروسية	ريتشارد إيجينانزى وأوسكار زاريت	محيى الدين مزيد
٤٥٣- القاهرة: إقامة مدينة حديثة	چان لوك أرنو	حليم طوسون وفؤاد الدهان
٤٥٤- خمسون عامًا من السينما الفرنسية	رينيه بريدال	سوزان خليل

العنوان	المؤلف	المترجم
٤٥٥- تاريخ الفلسفة الحديثة (مج٥)	فردريك كوبلستون	محمود سيد أحمد
٤٥٦- لا تنسنى (رواية)	مريم جعفرى	هويدا عزت محمد
٤٥٧- النساء فى الفكر السياسى الغربى	سوزان موللر أوكين	إمام عبدالفتاح إمام
٤٥٨- الموريسكيون الأندلسيون	مرثيديس غارثيا أرينال	جمال عبد الرحمن
٤٥٩- نحو مفهوم لاقتصاديات الموارد الطبيعية	توم تيتنبرج	جلال البنا
٤٦٠- أقدم لك: الفاشية والنازية	ستوارت هود وليتزا جانستز	إمام عبدالفتاح إمام
٤٦١- أقدم لك: لكان	داريان ليدر وجودى جروفز	إمام عبدالفتاح إمام
٤٦٢- طه حسين من الأزهر إلى السوربون	عبدالرشيد الصادق محمودى	عبدالرشيد الصادق محمودى
٤٦٣- الدولة المارقة	ويليام بلوم	كمال السيد
٤٦٤- ديمقراطية للقلة	مايكل بارنتى	حصة إبراهيم المنيف
٤٦٥- قصص اليهود	لويس جنزبيرج	جمال الرفاعى
٤٦٦- حكايات حب وبطولات فرعونية	ڤيولين فانويك	فاطمة عبد الله
٤٦٧- التفكير السياسى والنظرة السياسية	ستيفين ديلو	ربيع وهبة
٤٦٨- روح الفلسفة الحديثة	چوزايا رويس	أحمد الأنصارى
٤٦٩- جلال الملوك	نصوص حبشية قديمة	مجدى عبدالرازق
٤٧٠- الأراضى والجودة البيئية	جارى م. بيرزنسكى وآخرون	محمد السيد الننة
٤٧١- رحلة لاستكشاف أفريقيا (جـ٢)	ثلاثة من الرحالة	عبد الله عبد الرازق إبراهيم
٤٧٢- دون كيخوتى (القسم الأول)	ميجيل دى ثربانتس سابيدرا	سليمان العطار
٤٧٣- دون كيخوتى (القسم الثانى)	ميجيل دى ثربانتس سابيدرا	سليمان العطار
٤٧٤- الأدب والنسوية	بام موريس	سهام عبدالسلام
٤٧٥- صوت مصر: أم كلثوم	ڤرچينيا دانيلسون	عادل هلال عنانى
٤٧٦- أرض الحبايب بعيدة: بيرم التونسى	ماريلين بوث	سحر توفيق
٤٧٧- تاريخ الصين منذ ما قبل التاريخ حتى القرن العشرين	هيلدا هوخام	أشرف كيلانى
٤٧٨- الصين والولايات المتحدة	ليوشيه شنج و لى شى دونج	عبد العزيز حمدى
٤٧٩- المقهـــى (مسرحية)	لاو شه	عبد العزيز حمدى
٤٨٠- تساى ون جى (مسرحية)	كو مو روا	عبد العزيز حمدى
٤٨١- بردة النبى	روى متحدة	رضوان السيد
٤٨٢- موسوعة الأساطير والرموز الفرعونية	روبير جاك تيبو	فاطمة عبد الله
٤٨٣- النسوية وما بعد النسوية	سارة جامبل	أحمد الشامى
٤٨٤- جمالية التلقى	هانس روبيرت ياوس	رشيد بنحدو
٤٨٥- التوبة (رواية)	نذير أحمد الدهلوى	سمير عبدالحميد إبراهيم
٤٨٦- الذاكرة الحضارية	يان أسمن	عبدالحليم عبدالغنى رجب
٤٨٧- الرحلة الهندية إلى الجزيرة العربية	رفيع الدين المراد آبادى	سمير عبدالحميد إبراهيم
٤٨٨- الحب الذى كان وقصائد أخرى	نخبة	سمير عبدالحميد إبراهيم
٤٨٩- هُسرل: الفلسفة علماً دقيقاً	إدموند هُسرل	محمود رجب
٤٩٠- أسمار البيغاء	محمد قادرى	عبد الوهاب علوب
٤٩١- نصوص قصصية من روائع الأدب الأفريقى	نخبة	سمير عبد ربه
٤٩٢- محمد على مؤسس مصر الحديثة	چى ڤارچيت	محمد رفعت عواد

٤٩٣-	خطابات إلى طالب الصوتيات	هارولد بالمر	محمد صالح الضالع
٤٩٤-	كتاب الموتى: الخروج فى النهار	نصوص مصرية قديمة	شريف الصيفى
٤٩٥-	اللوبى	إدوارد تيفان	حسن عبد ربه المصرى
٤٩٦-	الحكم والسياسة فى أفريقيا (جـ١)	إكوادو بانولى	مجموعة من المترجمين
٤٩٧-	العلمانية والنوع والدولة فى الشرق الأوسط	نادية العلى	مصطفى رياض
٤٩٨-	النساء والنوع فى الشرق الأوسط الحديث	جوديث تاكر ومارجريت مريودز	أحمد على بدوى
٤٩٩-	تقاطعات: الأمة والمجتمع والنوع	مجموعة من المؤلفين	فيصل بن خضراء
٥٠٠-	فى طفولتى: دراسة فى السيرة الذاتية العربية	تيتز رووكى	طلعت الشايب
٥٠١-	تاريخ النساء فى الغرب (جـ١)	أرثر جولد هامر	سحر فراج
٥٠٢-	أصوات بديلة	مجموعة من المؤلفين	هالة كمال
٥٠٣-	مختارات من الشعر الفارسى الحديث	نخبة من الشعراء	محمد نور الدين عبدالمنعم
٥٠٤-	كتابات أساسية (جـ١)	مارتن هايدجر	إسماعيل المصدق
٥٠٥-	كتابات أساسية (جـ٢)	مارتن هايدجر	إسماعيل المصدق
٥٠٦-	ربما كان قديسًا (رواية)	أن تيلر	عبدالحميد فهمى الجمال
٥٠٧-	سيدة الماضى الجميل (مسرحية)	بيتر شيفر	شوقى فهيم
٥٠٨-	المولوية بعد جلال الدين الرومى	عبدالباقى جلبنارلى	عبدالله أحمد إبراهيم
٥٠٩-	الفقر والإحسان فى عصر سلاطين المماليك	أدم صبرة	قاسم عبده قاسم
٥١٠-	الأرملة الماكرة (مسرحية)	كارلو جولدونى	عبدالرازق عيد
٥١١-	كوكب مرقَّع (رواية)	أن تيلر	عبد الحميد فهمى الجمال
٥١٢-	كتابة النقد السينمائى	تيموثى كوريجان	جمال عبد الناصر
٥١٣-	العلم الجسور	تيد أنتون	مصطفى إبراهيم فهمى
٥١٤-	مدخل إلى النظرية الأدبية	جونثان كولر	مصطفى بيومى عبد السلام
٥١٥-	من التقليد إلى ما بعد الحداثة	فدوى مالطى دوجلاس	فدوى مالطى دوجلاس
٥١٦-	إرادة الإنسان فى علاج الإدمان	أرنولد واشنطون ودونا باوندى	صبرى محمد حسن
٥١٧-	نقش على الماء وقصص أخرى	نخبة	سمير عبد الحميد إبراهيم
٥١٨-	استكشاف الأرض والكون	إسحق عظيموف	هاشم أحمد محمد
٥١٩-	محاضرات فى المثالية الحديثة	جوزايا رويس	أحمد الأنصارى
٥٢٠-	الولع الفرنسى بمصر من الحلم إلى المشروع	أحمد يوسف	أمل الصبان
٥٢١-	قاموس تراجم مصر الحديثة	أرثر جولد سميث	عبدالوهاب بكر
٥٢٢-	إسبانيا فى تاريخها	أميركو كاسترو	على إبراهيم منوفى
٥٢٣-	الفن الطليطلى الإسلامى والمدجن	باسيليو بابون مالدونادو	على إبراهيم منوفى
٥٢٤-	الملك لير (مسرحية)	وليم شكسبير	محمد مصطفى بدوى
٥٢٥-	موسم صيد فى بيروت وقصص أخرى	دنيس جونسون	نادية رفعت
٥٢٦-	أقدم لك: السياسة البيئية	ستيفن كرول ووليم رانكين	محيى الدين مزيد
٥٢٧-	أقدم لك: كافكا	ديڤيد زين ميروفتس وروبرت كرمب	جمال الجزيرى
٥٢٨-	أقدم لك: تروتسكى والماركسية	طارق على وفِلْ إيڤانز	جمال الجزيرى
٥٢٩-	بدائع العلامة إقبال فى شعره الأردى	محمد إقبال	حازم محفوظ
٥٣٠-	مدخل عام إلى فهم النظريات التراثية	رينيه چينو	عمر الفاروق عمر

الرقم	العنوان	المؤلف	المترجم
٥٢١-	ما الذي حدث في «حدث» ١١ سبتمبر؟	جاك دريدا	صفاء فتحي
٥٢٢-	المغامر والمستشرق	هنري لورنس	بشير السباعي
٥٢٣-	تعلُّم اللغة الثانية	سوزان جاس	محمد طارق الشرقاوي
٥٢٤-	الإسلاميون الجزائريون	سيفرين لابا	حمادة إبراهيم
٥٢٥-	مخزن الأسرار (شعر)	نظامي الكنجوي	عبدالعزيز بقوش
٥٢٦-	الثقافات وقيم التقدم	صمويل هنتنجتون ولورانس هاريزون	شوقي جلال
٥٢٧-	للحب والحرية (شعر)	نخبة	عبدالغفار مكاوي
٥٢٨-	النفس والآخر في قصص يوسف الشاروني	كيت دانيلر	محمد الحديدي
٥٢٩-	خمس مسرحيات قصيرة	كاريل تشرشل	محسن مصيلحي
٥٤٠-	توجهات بريطانية - شرقية	السير رونالد ستورس	رءوف عباس
٥٤١-	هي تتخيل وهلاوس أخرى	خوان خوسيه مياس	مروة رزق
٥٤٢-	قصص مختارة من الأدب اليوناني الحديث	نخبة	نعيم عطية
٥٤٣-	أقدم لك: السياسة الأمريكية	باتريك بروجان وكريس جرات	وفاء عبدالقادر
٥٤٤-	أقدم لك: ميلاني كلاين	روبرت هنشل وآخرون	حمدي الجابري
٥٤٥-	يا له من سباق محموم	فرانسيس كريك	عزت عامر
٥٤٦-	ريموس	ت. ب. وايزمان	توفيق علي منصور
٥٤٧-	أقدم لك: بارت	فيليب تودي وأن كورس	جمال الجزيري
٥٤٨-	أقدم لك: علم الاجتماع	ريتشارد أوزبرن وبورن فان لون	حمدي الجابري
٥٤٩-	أقدم لك: علم العلامات	بول كوبلي وليتاجانز	جمال الجزيري
٥٥٠-	أقدم لك: شكسبير	نيك جروم وبيرو	حمدي الجابري
٥٥١-	الموسيقى والعولمة	سايمون ماندي	سمحة الخولي
٥٥٢-	قصص مثالية	ميجيل دي ثربانتس	علي عبد الروف البمبي
٥٥٣-	مدخل للشعر الفرنسي الحديث والمعاصر	دانيال لوفرس	رجاء ياقوت
٥٥٤-	مصر في عهد محمد علي	عفاف لطفي السيد مارسوه	عبدالسميع عمر زين الدين
٥٥٥-	الإستراتيجية الأمريكية للقرن الحادي والعشرين	أناتولي أوتكين	أنور محمد إبراهيم ومحمد نصرالدين الجبالي
٥٥٦-	أقدم لك: جان بودريار	كريس هوروكس وزوران جيفتك	حمدي الجابري
٥٥٧-	أقدم لك: الماركيز دي ساد	ستوارت هود وجراهام كرولي	إمام عبدالفتاح إمام
٥٥٨-	أقدم لك: الدراسات الثقافية	زيودين ساردارويورين ڤان لون	إمام عبدالفتاح إمام
٥٥٩-	الماس الزائف (رواية)	تشا تشاجي	عبدالحي أحمد سالم
٥٦٠-	صلصلة الجرس (شعر)	محمد إقبال	جلال السعيد الحفناوي
٥٦١-	جناح جبريل (شعر)	محمد إقبال	جلال السعيد الحفناوي
٥٦٢-	بلايين وبلايين	كارل ساجان	عزت عامر
٥٦٣-	ورود الخريف (مسرحية)	خاثينتو بينابينتي	صبري محمدي التهامي
٥٦٤-	عُش الغريب (مسرحية)	خاثينتو بينابينتي	صبري محمدي التهامي
٥٦٥-	الشرق الأوسط المعاصر	ديبورا ج. جيرنر	أحمد عبدالحميد أحمد
٥٦٦-	تاريخ أوروبا في العصور الوسطى	موريس بيشوب	علي السيد علي
٥٦٧-	الوطن المغتصب	مايكل رايس	إبراهيم سلامة إبراهيم
٥٦٨-	الأصولي في الرواية	عبد السلام حيدر	عبد السلام حيدر

٥٦٩-	موقع الثقافة	هومى بابا	ثائر ديب
٥٧٠-	دول الخليج الفارسى	سير رويرت هاى	يوسف الشارونى
٥٧١-	تاريخ النقد الإسبانى المعاصر	إيميليا دى ثوليتا	السيد عبد الظاهر
٥٧٢-	الطب فى زمن الفراعنة	برونو آليوا	كمال السيد
٥٧٣-	أقدم لك: فرويد	ريتشارد ابيجنانس وأسكار زارتى	جمال الجزيرى
٥٧٤-	مصر القديمة فى عيون الإيرانيين	حسن بيرنيا	علاء الدين السباعى
٥٧٥-	الاقتصاد السياسى للعولمة	نجير وودز	أحمد محمود
٥٧٦-	فكر ثربانتس	أمريكو كاسترو	ناهد العشرى محمد
٥٧٧-	مغامرات بينوكيو	كارلو كولودى	محمد قدرى عمارة
٥٧٨-	الجماليات عند كيتس وهنت	أيومى ميزوكوشى	محمد إبراهيم وعصام عبد الروف
٥٧٩-	أقدم لك: تشومسكى	چون ماهر وچودى جرونز	محيى الدين مزيد
٥٨٠-	دائرة المعارف الدولية (مج١)	چون فيزر وپول سيترجز	بإشراف: محمد فتحى عبدالهادى
٥٨١-	الحمقى يموتون (رواية)	ماريو بوزو	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٢-	مرايا على الذات (رواية)	هوشنك كلشيرى	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٣-	الجيران (رواية)	أحمد محمود	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٤-	سفر (رواية)	محمود دولت أبادى	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٥-	الأمير احتجاب (رواية)	هوشنك كلشيرى	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٦-	السينما العربية والأفريقية	ليزبيث مالكموس وروى آرمز	سهام عبد السلام
٥٨٧-	تاريخ تطور الفكر الصينى	مجموعة من المؤلفين	عبدالعزيز حمدى
٥٨٨-	أمنحوتب الثالث	أنييس كابرول	ماهر جويجاتى
٥٨٩-	تمبكت العجيبة	فيلكس ديبوا	عبدالله عبدالرازق إبراهيم
٥٩٠-	أساطير من الموروثات الشعبية الفنلندية	نخبة	محمود مهدى عبدالله
٥٩١-	الشاعر والمفكر	هوراتيوس	على عبدالتواب على وصلاح رمضان السيد
٥٩٢-	الثورة المصرية (جـ١)	محمد صبرى السوربونى	مجدى عبدالحافظ وعلى كورخان
٥٩٣-	قصائد ساحرة	پول ڤاليرى	بكر الحلو
٥٩٤-	القلّب السمين (قصة أطفال)	سوزانا تامارو	أمانى فوزى
٥٩٥-	الحكم والسياسة فى أفريقيا (جـ٢)	إكواير بانولى	مجموعة من المترجمين
٥٩٦-	الصحة العقلية فى العالم	روبرت ديجارليه وآخرون	إيهاب عبدالرحيم محمد

طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

رقم الإيداع ٤٥٦٦ / ٢٠٠٤